This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

**Usage guidelines**

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

**About Google Book Search**

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

**Acerca de este libro**

Esta es una copia digital de un libro que, durante generaciones, se ha conservado en las estanterías de una biblioteca, hasta que Google ha decidido escanearlo como parte de un proyecto que pretende que sea posible descubrir en línea libros de todo el mundo.

Ha sobrevivido tantos años como para que los derechos de autor hayan expirado y el libro pase a ser de dominio público. El que un libro sea de dominio público significa que nunca ha estado protegido por derechos de autor, o bien que el período legal de estos derechos ya ha expirado. Es posible que una misma obra sea de dominio público en unos países y, sin embargo, no lo sea en otros. Los libros de dominio público son nuestras puertas hacia el pasado, suponen un patrimonio histórico, cultural y de conocimientos que, a menudo, resulta difícil de descubrir.

Todas las anotaciones, marcas y otras señales en los márgenes que estén presentes en el volumen original aparecerán también en este archivo como testimonio del largo viaje que el libro ha recorrido desde el editor hasta la biblioteca y, finalmente, hasta usted.

**Normas de uso**

Google se enorgullece de poder colaborar con distintas bibliotecas para digitalizar los materiales de dominio público a fin de hacerlos accesibles a todo el mundo. Los libros de dominio público son patrimonio de todos, nosotros somos sus humildes guardianes. No obstante, se trata de un trabajo caro. Por este motivo, y para poder ofrecer este recurso, hemos tomado medidas para evitar que se produzca un abuso por parte de terceros con fines comerciales, y hemos incluido restricciones técnicas sobre las solicitudes automatizadas.

Asimismo, le pedimos que:

+ *Haga un uso exclusivamente no comercial de estos archivos* Hemos diseñado la Búsqueda de libros de Google para el uso de particulares; como tal, le pedimos que utilice estos archivos con fines personales, y no comerciales.

+ *No envíe solicitudes automatizadas* Por favor, no envíe solicitudes automatizadas de ningún tipo al sistema de Google. Si está llevando a cabo una investigación sobre traducción automática, reconocimiento óptico de caracteres u otros campos para los que resulte útil disfrutar de acceso a una gran cantidad de texto, por favor, envíenos un mensaje. Fomentamos el uso de materiales de dominio público con estos propósitos y seguro que podremos ayudarle.

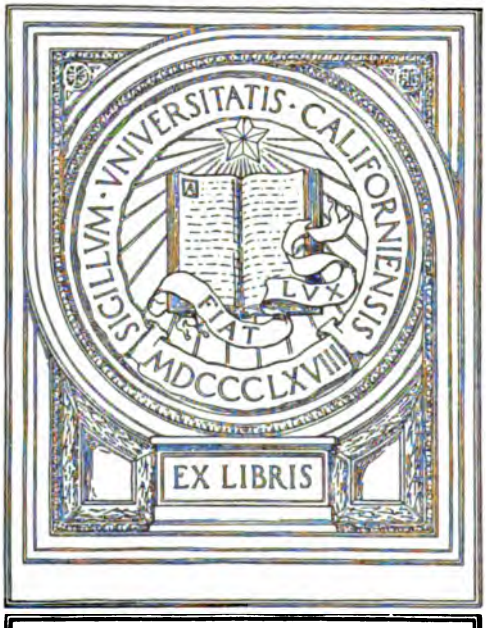
+ *Conserve la atribución* La filigrana de Google que verá en todos los archivos es fundamental para informar a los usuarios sobre este proyecto y ayudarles a encontrar materiales adicionales en la Búsqueda de libros de Google. Por favor, no la elimine.

+ *Manténgase siempre dentro de la legalidad* Sea cual sea el uso que haga de estos materiales, recuerde que es responsable de asegurarse de que todo lo que hace es legal. No dé por sentado que, por el hecho de que una obra se considere de dominio público para los usuarios de los Estados Unidos, lo será también para los usuarios de otros países. La legislación sobre derechos de autor varía de un país a otro, y no podemos facilitar información sobre si está permitido un uso específico de algún libro. Por favor, no suponga que la aparición de un libro en nuestro programa significa que se puede utilizar de igual manera en todo el mundo. La responsabilidad ante la infracción de los derechos de autor puede ser muy grave.

**Acerca de la Búsqueda de libros de Google**

El objetivo de Google consiste en organizar información procedente de todo el mundo y hacerla accesible y útil de forma universal. El programa de Búsqueda de libros de Google ayuda a los lectores a descubrir los libros de todo el mundo a la vez que ayuda a autores y editores a llegar a nuevas audiencias. Podrá realizar búsquedas en el texto completo de este libro en la web, en la página `http://books.google.com`

UNIVERSITY OF CALIFORNIA
SAN FRANCISCO MEDICAL CENTER
LIBRARY



# REVISTA IBERO-AMERICANA

DE

# CIENCIAS MÉDICAS

# REVISTA IBERO-AMERICANA

DE

# CIENCIAS MÉDICAS

# REVISTA IBERO-AMERICANA

DE

# CIENCIAS MÉDICAS

FUNDADA POR

DON FEDERICO RUBIO Y GALÍ

---

DIRECTOR

DR. EUGENIO GUTIÉRREZ

Secretarios de Redacción

Dr. R. Luis y Yagüe. | Dr. Pablo Lozano.
Dr. S. García Hurtado. | Dr. Antonio Mut.

## TOMO XX

**Números XLVII, XLVIII, XLIX, L, LI y LII**

(Julio, Agosto, Septiembre, Octubre, Noviembre, Diciembre.)

MADRID

DIRECCIÓN Y GERENCIA: INSTITUTO RUBIO, LA MONCLOA

1908

UNIV. OF CALIFORNIA

43

Gift of T. C. Cebrian

Est. tip. de Valentín Tordesillas, Tutor, 16.—Teléfono 2.042.

# ÍNDICE DEL TOMO VIGÉSIMO

Páginas.

GANGRENA DEL PIE. Nuevo método para determinar el punto de elección en las amputaciones, por el Dr. León Cardenal ..... 1
ALGUNAS MODIFICACIONES EN LA TÉCNICA DE LA EXTIRPACIÓN TOTAL DE LA LARINGE, por el Dr. Ernesto Botella..... 4
TRAUMATISMOS DEL CODO: SU TRATAMIENTO, por el Dr. Saturnino García y Hurtado..... 10
ALGUNAS OBSERVACIONES RELACIONADAS CON LA LACTANCIA ARTIFICIAL. Conferencia dada en el Instituto de Terapéutica operatoria, por el Dr. D. Jesús Sarabia y Pardo..... 14
FALSEDAD DE LAS LLAMADAS DISPEPSIAS POST-OPERATORIAS DE LOS GASTROENTEROSTOMIZADOS, por el Dr. R. Luis y Yagüe ... 25
RAZONAMIENTO ETIOLÓGICO PARA EXPLICAR EL TRATAMIENTO DE LA ESCOLIOSIS, por el Dr. Jacinto Gutiérrez Prieto..... 27
LA VIDA AFECTIVA DE LOS LOCOS, por el Dr. Abdón Sánchez-Herrero..... 37
LA SUTURA METÁLICA PRRMANENTE EN LA CURA RADICAL DE LAS HERNIAS INGUINALES Y UMBILICALES, por el Dr. Pablo Lozano. 41

REVISTA DE ESPECIALIDADES..... 44
*Anestesia*, por el Dr. Fermín Martínez Suárez ..... 44
*Cirugía del aparato digestivo*, por el Dr. R. L. y Yagüe ..... 47
*Cirugía general*, por el Dr. Pallarés..... 50
*Medicina interna*, por el Dr. A. Mut..... 53
*Medicina legal*, por Antonio Lecha-Marzo ..... 55
*Neurología y Electroterapia*, por el Dr. E. Vilches ..... 60
*Osteo-artropatías*, por A. López Durán ..... 62
*Proctología*, por el Dr. Fermín Martínez Suárez ..... 64
*Urología*, por el Dr. J. González Tomás ..... 67

TRABAJOS DE LABORATORIO Y SUS APLICACIONES CLÍNICAS, por los Dres. F. Blasco, M. Jiménez G. de la Serrana y Moreno Melgar. 68
De un método para la fácil y pronta demostración del aparato reticular interno de las células nerviosas..... 68
Aparición de síntomas urémicos, bajo la influencia del cloruro de sodio, en los animales atacados de nefritis ..... 69
Sobre la función del cloruro de sodio en la función de aglutinación ..... 70

BIBLIOGRAFÍA, por el Dr. A. Mut..... 71
Manual de medicina interna ..... 71
Archivo de oto-rino-laringología ..... 72
Anales de la Academia de Obstetricia, Ginecología y Pediatría..... 72
Fundamentos de la gimnasia médica ..... 72
Indicación terapéutica del flemón de Fochier en la gripe infantil..... 73
La enfermera ó guía de la mujer para la buena asistencia de los enfermos... 73

SECCIÓN PROFESIONAL, por los Dres. Pablo Lozano y Antonio Mut. 74
Cáncer uterino ..... 74
Carta abierta.—Al Excmo. Sr. D. Eugenio Gutiérrez. Sobre la administración de los anestésicos ..... 77

ANIVERSARIO, por La Redacción..... 81
EXPERIENCIA PERSONAL ACERCA DE LA CIRUGÍA CONSERVADORA DE LOS ANEJOS UTERINOS, por el Dr. D. Eugenio Gutiérrez..... 83
OSTEO-ARTRITIS TUBERCULOSAS EN LOS NIÑOS, por el Dr. Pablo Lozano ..... 94
UN CASO DE HIPOBULIA, por el Dr. Abdón Sánchez-Herrero ..... 97
SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR CON INYECCIONES INTRAVENOSAS DE DISOLUCIÓN DE FLUORURO SÓDICO, por el Dr. Miguel Gil y Casares..... 102

33708

~~689173~~

Páginas.

ALGUNAS OBSERVACIONES RELACIONADAS CON LA LACTANCIA ARTIFICIAL. Conferencia dada en el Instituto de Terapéutica operatoria (conclusión), por el Dr. D. Jesús Sarabia y Pardo ..... 108
LA RECTO-SIGMOIDOSCOPIA, por el Dr. Roberto S. Kolbe ..... 118
EL TRAC POR ASINERGIA DE LAS IMÁGENES MENTALES, por el doctor Antonio Gota ..... 125

REVISTA DE ESPECIALIDADES ..... 131
*Anestesia*, por el Dr. Fermín Martínez Suárez ..... 131
*Cirugía del aparato digestivo*, por el Dr. R. L. y Yagüe ..... 135
*Cirugía general*, por el Dr. Pallarés ..... 138
*Ginecología*, por el Dr. Gutiérrez ..... 140
*Medicina interna*, por el Dr. A. Mut ..... 142
*Medicina legal*, por Antonio Lecha-Marzo ..... 145
*Neurología y Electroterapia*, por el Dr. E. Vilches ..... 146
*Osteo-artropatías*, por el Dr. A. López Durán ..... 149
*Oto-rino-laringología*, por el Dr. Irueste ..... 150
*Vías urinarias*, por el Dr. Carlos Negrete ..... 152

TRABAJOS DE LABORATORIO Y SUS APLICACIONES CLÍNICAS, por los Dres. Blasco Soto y M. Jiménez G. de la Serrana ..... 154
Repartición de las sustancias virulentas en los humores de los animales vacunados ..... 154
Trastornos de la eliminación urinaria durante la crisis de hemoglobinuria paroxística ..... 154

BIBLIOGRAFÍA, por el Dr. A. Mut ..... 157
Nuova classificazione dei Delinquenti ..... 157
Quistes papilares del ovario ..... 159

EL DR. D. EDUARDO MORENO ZANCUDO, por La Redacción ..... 161
UN CASO DE EXTIRPACIÓN TOTAL DE LA LARINGE EN DOS TIEMPOS. Presentación del enfermo y piezas patológicas macro y microscópicas, por el Dr. A. G. Tapia ..... 161
PERÍODOS CLÍNICOS SECRETORIOS Y MOTRICES DE LOS DILATADOS GÁSTRICOS POR ESTENOSIS BENIGNAS. Relación con los resultados operatorios, por el Dr. R. Luis y Yagüe ..... 168
TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS ESPINAL POR LA ELECTROIONIZACIÓN, por el Dr. Enrique Vilches y Gómez ..... 171
HISTORIA DE UN NEURASTÉNICO AGITADO, por el Dr. Abdón Sánchez-Herrero ..... 175
LA RECTO-SIGMOIDOSCOPIA (conclusión), por el Dr. Roberto S. Kolbe. 179
LOS ESCOLARES ATRASADOS, por el Dr. A. Mut ..... 188
CONCEPTO GENERAL DE LA LOCURA, por el Dr. Abdón Sánchez-Herrero ..... 196

REVISTA DE ESPECIALIDADES ..... 202
*Anestesia*, por el Dr. Fermín Martínez Suárez ..... 202
*Cirugía del aparato digestivo*, por el Dr. R. Luis y Yagüe ..... 205
*Estomatología*, por el Dr. Landete ..... 210
*Ginecología*, por el Dr. Gutiérrez ..... 212
*Medicina interna*, por el Dr. A. Mut ..... 216
*Neurología y Electroterapia*, por el Dr. E. Vilches ..... 221
*Proctología*, por el Dr. Fermín Martínez Suárez ..... 225
*Vías urinarias*, por el Dr. Carlos Negrete ..... 226

TRABAJOS DE LABORATORIO Y SUS APLICACIONES CLÍNICAS, por los Dres. Mario Spreáfico, Moreno Melgar y G. Gaona ..... 229
Acción de las sustancias tóxicas del esclerostoma sobre el organismo animal. Investigaciones experimentales ..... 229
Investigaciones sobre el origen de las precipitinas ..... 230
Propiedades de los colloides utilizados en terapéutica ..... 231

BIBLIOGRAFÍA, por los Dres. Celestino Moliner y A. Mut ..... 233
Tratado práctico de terapéutica infantil médico-quirúrgica ..... 233
Cartilla sanitaria contra la rabia ..... 235
Los primeros socorros en los accidentes repentinos ..... 236
Progresos de la Medicina y Cirugía en 1907 ..... 236
Diagnóstico precoz de la tuberculosis ..... 237

Páginas.

SECCIÓN PROFESIONAL, por el Dr. Eugenio Gutiérrez ..... 237

Carta abierta.—Contestación á la del Dr. D. Antonio Mut sobre la administración de los anestésicos ..... 237
Las enfermedades contagiosas en las escuelas.—Protección al alcoholismo.—El peligro de los lápices ..... 239

EL DR. D. EDUARDO MORENO ZANCUDO, por R. Luis y Yagüe ..... 241
NUEVOS INSTRUMENTOS DE PERCUSIÓN CLÍNICA, por el Dr. B. Malo de Poveda ..... 247
ALGO SOBRE TRAUMATISMOS DEL CODO Y SU TRATAMIENTO, por A. Martínez Angel ..... 260
GRÁVIDA CARDÍACA. DILATACIÓN HIPERTRÓFICA CON INSUFICIENCIA MITRAL. OPERACIÓN CESÁREA VAGINAL, por el Dr. Carmelo Gil é I. ..... 275
SOBRE LA LEUCOPLASIA BUCAL, por el Dr. A. Mut ..... 280
HIPOCONDRÍA EN LA VEJEZ, por el Dr. Abdón Sánchez-Herrero ..... 285

REVISTA DE ESPECIALIDADES ..... 289

*Anestesia*, por el Dr. Fermín Martínez Suárez ..... 289
*Huesos y articulaciones y Cirugía ortopédica*, por el Dr. Palacios y Olmedo. 292
*Medicina del aparato digestivo*, por el Dr. López Campello ..... 294
*Medicina interna*, por el Dr. A Mut ..... 298
*Medicina legal*, por Antonio Lecha-Marzo ..... 300
*Neurología*, por el Dr. E. Vilches ..... 304
*Oto-rino-laringología*, por el Dr. Cabrero ..... 306
*Proctología*, por el Dr. Fermín Martínez Suárez ..... 308
*Vías urinarias*, por el Dr. Carlos Negrete ..... 311

TRABAJOS DE LABORATORIO Y SUS APLICACIONES CLÍNICAS, por los Dres. Gaona, Moreno Melgar, M. Jiménez G. de la Serrana y Blasco Soto ..... 314

La profilaxis de las infecciones quirúrgicas mediante la inmunización preventiva ..... 314
Nuovi Studi sull'infezione peritoneale sperimentale ..... 314
Viabilidad del desarrollo de las bacterias en la leche antes y después de la pausterización ..... 315
Estudio bacteriológico de los algodones hidrófilos, comercialmente calificados de asépticos ..... 316

BIBLIOGRAFÍA, por los Dres. R. Luis y Yagüe y A. Mut ..... 317

Estado científico actual de la cuestión de la inmunidad en la tuberculosis, con aplicación á la higiene y terapéutica de este padecimiento ..... 317
Anestesia en general.—Cloroformización y accidentes anestésicos ..... 318
Cartilla higiénica para el embarazo, parto y puerperio ..... 319

SECCIÓN PROFESIONAL ..... 320

Noticias ..... 320

EL DR. D. ALEJANDRO SAN MARTÍN, por el Dr. José Goyanes ..... 321
LA TRÁQUEO-BRONQUIOSCOPIA Y LOS CUERPOS EXTRAÑOS DEL ÁRBOL AÉREO, por el Dr. A. G. Tapia ..... 327
DOS CASOS DE BLASTOMYCOSIS, por el Dr. E. W. Ryerson ..... 331
PRIMERA CONFERENCIA SOBRE EL CONGRESO INTERNACIONAL DE WÁSHINGTON, DADA EN EL COLEGIO MÉDICO DE MADRID, por el Dr. D. Camilo Calleja ..... 335
EL CONCEPTO «DELIRIO», por el Dr. Abdón Sánchez-Herrero ..... 348
CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LA GÉNESIS DEL TEMBLOR EN LOS QUISTES HIDATÍDICOS, por el Dr. D. José Belisario Gallego y Sanz ..... 353
ESTADO CIENTÍFICO ACTUAL DE LA CUESTIÓN DE INMUNIDAD EN LA TUBERCULOSIS, CON APLICACIÓN Á LA HIGIENE Y TERAPÉUTICA DE ESTE PADECIMIENTO, por el Dr. Manuel Martín Salazar ..... 357

Páginas

REVISTA DE ESPECIALIDADES ..... 360

*Anestesia*, por el Dr. Fermín Martínez Suárez ..... 360
*Ano é intestino grueso*, por el Dr. Fermín Martínez Suárez ..... 362
*Cirugía del aparato digestivo*, por el Dr. R. L. y Yagüe ..... 365
*Ginecología*, por el Dr. Gutiérrez ..... 369
*Huesos y articulaciones*, por el Dr. Palacios y Olmedo ..... 373
*Medicina interna*, por el Dr. A. Mut ..... 376
*Medicina legal*, por Antonio Lecha-Marzo ..... 380
*Neurología y Electroterapia*, por el Dr. E. Vilches ..... 384
*Urología*, por Julio González Tomás ..... 386

TRABAJOS DE LABORATORIO Y SUS APLICACIONES CLÍNICAS, por los Dres. Mario Spreáfico, G. Gaona, E. Moreno y Blasco y Soto ... 392

Vacunación antipestosa por vía digestiva y por vía rectal ..... 392
Estudio del líquido céfalo-raquídeo en un caso mortal de meningitis sifilítica aguda ..... 395
Sensibilizatriz específica en los animales tratados por el «M. melitensis» y en el suero de los enfermos atacados de fiebre del Mediterráneo ..... 396
La yema de huevo como excelente medio de cultivo de los bacilos diftérico y tuberculoso ..... 397

SECCIÓN PROFESIONAL, por Pablo Lozano ..... 398

Intereses profesionales de la clase médica ..... 398

UN CASO DE EMBARAZO TUBÁRICO SEGUIDO DE HEMATOCELE POR ROTURA DE LA TROMPA, por el Dr. San Román ..... 401
SOBRE UN CASO DE PERITONITIS TUBERCULOSA, por el Dr. Antonio Piga ..... 405
TRATAMIENTO DE LOS TUMORES MALIGNOS POR LAS SALES DE RADIO, por el Dr. Teodoro Gaztelu ..... 408
UN NUEVO BISTURÍ LARÍNGEO, por el Dr. D. Eduardo G. Gereda ... 413
SEGUNDA CONFERENCIA SOBRE EL CONGRESO INTERNACIONAL DE WÁSHINGTON, DADA EN EL COLEGIO MÉDICO DE MADRID, por el Dr. D. Camilo Calleja ..... 418
EL NEUROSISMO CRECIENTE DE NUESTRO TIEMPO, por el Dr. Antonio Gota ..... 434
ALGUNOS APUNTES ACERCA DEL PRIMER CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE UROLOGÍA celebrado en París, del 30 de Septiembre al 3 de Octubre de 1908, por el Dr. Carlos Negrete ..... 451

REVISTA DE ESPECIALIDADES ..... 456

*Anestesia*, por el Dr. Fermín Martínez Suárez ..... 456
*Ano é intestino grueso*, por el Dr. Fermín Martínez Suárez ..... 458
*Cirugía del aparato digestivo*, por el Dr. R. L. y Yagüe ..... 460
*Cirugía infantil*, por el Dr. Pablo Lozano ..... 462
*Medicina del aparato digestivo*, por el Dr. López Campello ..... 464
*Medicina interna*, por el Dr. A. Mut ..... 466
*Medicina legal*, por Antonio Lecha-Marzo ..... 469
*Neurología y Electroterapia*, por el Dr. E. Vilches ..... 471

TRABAJOS DE LABORATORIO Y SUS APLICACIONES CLÍNICAS, por el Dr. Mario Spreáfico ..... 473

Acerca de la agrupación en cadenas del estafilococo dorado ..... 473

BIBLIOGRAFÍA, por los Dres. R. Luis y Yagüe y Pallarés ..... 475

Índice crítico de los remedios, con prescripciones y fórmulas selectas ..... 475
Tratamiento operatorio de la espina bífida ..... 476
Estudio de las fracturas espontáneas de la sífilis hereditaria con motivo de dos casos clínicos ..... 476
Cáncer ..... 477
Tratamiento conservador en el sarcoma ..... 478

SECCIÓN PROFESIONAL ..... 480

Noticias ..... 480

REVISTA IBERO-AMERICANA

DE

CIENCIAS MÉDICAS

## SECCIÓN CLÍNICA ORIGINAL

### NOTAS CLÍNICAS

# GANGRENA DEL PIE

### NUEVO MÉTODO PARA DETERMINAR EL PUNTO DE ELECCIÓN EN LAS AMPUTACIONES (1)

POR EL DR. LEÓN CARDENAL

Médico, por oposición, del Hospital de la Princesa.

Cuando se trata de la amputación del miembro por gangrena del pie, los cirujanos se dividen en dos grupos: los de uno de ellos amputan siempre por encima de los cóndilos del fémur; los del otro grupo, partidarios de la verdadera cirugía conservadora, intentan la amputación en la pierna ó en el pie.

Es indudable que cuando nos encontramos ante un caso de gangrena senil del pie, hemos de sostener una enérgica lucha con el enfermo, que defiende, centímetro á centímetro, toda porción de su extremidad, la cual, hasta poco antes de consultar al cirujano, le prestaba excelentes servicios, por lo cual difícilmente se resigna á renunciar á ella. Por lo tanto, es necesario, por una parte, poderle demostrar de un modo palpable la necesidad de la amputación, y por otra, hemos de procurar que ésta se practique sacrificando la menor cantidad posible de miembro, pero garantizando la nutrición del muñón resultante. Parte de este segundo postulado, esto es, la garantía de la nutrición del muñón, la obtenemos generalmente, como nos lo enseña la experiencia, amputando muy arriba, en el muslo; pero es muy triste tener que amputar todo un miembro,

(1) Comunicación al II Congreso español de Cirugía.

cuando no son tampoco raros los casos en los que bastó extirpar los dedos ó parte del pie para detener los progresos de la enfermedad.

La nutrición del colgajo depende, como todos sabemos, del punto en que las arterias se hallen obliteradas, y de ahí el gran número de métodos propuestos para descubrir su permeabilidad. El más generalmente empleado es la palpación del pulso, que procuraremos hacer más objetiva, según Gussenbauer (1), practicando su examen esfigmográfico. Sin embargo, este síntoma dista mucho de de ser absoluto, ya que existen casos en la literatura en los que, á pesar de la ausencia de pulso en la femoral, ó de la ausencia de pulso total en el miembro (examinado con el tonómetro de Gärtner), la amputación del muslo fué seguida de resultados brillantes. Otros autores proponen utilizar para el pronóstico la hemorragia que puede observarse en la superficie cruenta del muñón de amputación: pero se ha visto con frecuencia que, aunque no fluya ni una gota de sangre de la misma arteria femoral abierta, la nutrición del colgajo puede sin embargo ser suficiente. Hasta tal punto es esto cierto, que Borchard (2) ha llegado á decir que «casi nunca es posible la amputación en territorios de arterias del todo sanas; lo principal es que se hallen intactos los vasos pequeños, que son los que más importancia tienen para la nutrición de los tejidos».

Es preciso, pues, que poseamos un síntoma que nos permita descubrir la menor cantidad de circulación posible, y que sea al mismo tiempo compatible con la nutrición de los tejidos, y este medio es la hiperhemia activa que se observa después de una interrupción temporal de la circulación. Todos los cirujanos que emplean la venda de Esmarch, y los internistas que utilizan el tonómetro de Gärtner ó un aparato análogo, conocen perfectamente la hiperhemia activa que se presenta al restablecerse la circulación. En efecto: á los pocos segundos de quitarse la venda de goma vemos que la sangre afluye de nuevo al miembro; el punto en que estaba aplicada la venda resalta, en primer lugar, con un color rojo intenso sobre la piel pálida, y esta coloración se extiende con rapidez por todo el miembro, hasta llegar á la punta de los dedos.

Pues bien: fundados en este hecho, he aquí cómo procedemos nosotros para calcular la altura á que debemos amputar en los casos de gangrena del pie: durante un momento sostenemos elevado el miembro que vamos á examinar, y sin bajarlo, colocamos la venda ó tubo de Esmarch en el muslo, lo más arriba posible. A los cinco mi-

(1) Bunge: «Zur Pathogenese unt Therapie der verschiedenen Formen der Gangrän der unteren Extremitäten.» *Arch. f. klin. Chir.*, Bd. 62, p. 179.

(2) Borchard: «Beiträge zur primären Endarteritis obliterans.» *D. Zeitschr. f. Chir.* Bd. 44, p. 131.

nutos soltamos el tubo y vemos aparecer inmediatamente la hiperhemia, incluso en los casos de arterio-esclerosis, mientras la circulación sea suficiente. Pero si el individuo sometido á la prueba presenta parestesias, cianosis ó síntomas de cojera intermitentes, gangrena, etc., que revelen la existencia de una circulación arterial defectuosa, veremos que la hiperhemia es mucho menos intensa y que necesita mucho mayor tiempo para extenderse por la extremidad. Con frecuencia observaremos que en la piel quedan durante algún tiempo islotes sin enrojecerse, que ésta adquiere un aspecto manchado marmóreo; otras veces observaremos que la hiperhemia se propaga instantáneamente hasta una región determinada, para luego continuar extendiéndose con muchísima mayor lentitud. A veces, en un lado de la extremidad la hiperhemia ha llegado hasta el pie ó dedos, mientras que por el otro lado se ha detenido mucho más arriba. Observando é interpretando atentamente estos fenómenos, nos será fácil hacernos cargo del estado de la circulación en el miembro afecto, y con mayor exactitud todavía en aquellos casos de gangrena del pie en que todo un territorio arterial está obstruído y la hiperhemia se detiene bruscamente por encima ó por debajo de la rodilla.

No hemos de describir aquí, por ser de todos conocidas, las teorías que intentan explicar la esencia de la hiperhemia activa. Lo mismo si se admite que es debida á una parálisis de los vasos, que si con Bier (1) admitimos, por el contrario, la vaso dilatación colateral, que si con Katzenstein (2) somos partidarios de la teoría mecánica, es indudable que en las regiones en donde esta hiperhemia no se presenta, existirá un cierto grado de circulación tan deficiente, que no bastará para producir este fenómeno; pero en los puntos en que la observemos, la circulación será suficiente para la nutrición del colgajo.

En los casos en que hemos tenido que intervenir por gangrena senil del pie, y éstos ascienden actualmente á cuatro, hemos practicado esta prueba, y amputando á unos cinco centímetros por encima de la línea en que terminaba la hiperhemia, hemos obtenido colgajos perfectamente nutridos, que han curado por primera intención, á pesar de que de las cuatro operaciones practicadas, en una se hizo la amputación de Pirogoff, en otra se amputó por debajo de la rodilla, y sólo en las dos restantes nos vimos precisados á amputar en el tercio inferior del muslo.

Al exponer este nuevo medio de diagnóstico, no pretendemos sus-

(1) Bier: «Bemerkungen auf die Arbeit Katzenstein's», etc. *D. Zeitschr. f. klin. Chirurgie.* Bd. 79, p. 90.

(2) Katzenstein: «Ueber Entstehung und Wesen der arteriellen Kollateralkreislaufes.» *D. Zeitschr. f. klin. Chirurgie.* Bd. 77, p. 189.

tituir con él los demás procedimientos de que podemos disponer para averiguar el grado de permeabilidad de los vasos. Al contrario, creemos que en cirugía es preciso siempre agotar todos los medios que nos conduzcan con mayor seguridad al fin apetecido, y por lo tanto. en este caso, además de practicar nuestro procedimiento de hiperhemia activa, que supera á los demás en exactitud, y que por lo tanto me permito recomendaros calurosamente, examinaremos el estado del pulso por medio del esfigmógrafo ó del tonómetro de Gärtner y examinaremos también, con arreglo á las instrucciones de Schlessinger (1), el estado de la sensibilidad cutánea.

**Madrid, 26 de Abril de 1908.**

---

## ALGUNAS MODIFICACIONES EN LA TÉCNICA DE LA EXTIRPACIÓN TOTAL DE LA LARINGE (2)

POR EL DR. ERNESTO BOTELLA

**Jefe de servicios de la Clínica oto-rino-laringológica del Hospital General.**

Las primeras experiencias de extirpación total de la laringe fueron hechas en perros, por Albers, en 1829, con mal resultado. Los perros en que esta operación se hizo murieron: el primero, de hemorragia, una hora después; el segundo al día siguiente, por ser la alimentación imposible.

Watson hizo en 1866, por primera vez, esta operación en el hombre (estenosis sifilítica); pero el hecho no fué conocido, y, por lo tanto, sus resultados prácticos fueron nulos.

Czerny renueva en 1870 las experiencias de Albers, consiguiendo que cuatro perros sobrevivan: dos, quince y veintiocho días, alcanzando la curación en el quinto, el único que previamente había sido traqueotomizado; idea una cánula y prescribe la alimentación con la sonda esofágica, considerando además la operación factible en el hombre.

Blanc, al comentar estas experiencias, dijo: «Czerny cree posible esta operación en el hombre; que él la haga, y luego juzgaremos; pero si recordamos los vasos y nervios que se encuentran en la región y lo peligrosa que hace esta vecindad una operación tan sencilla como es la extirpación de la glándula tiroides, creemos que ningún cirujano se atreverá á intentarla antes que él.»

---

(1) Schlessinger: «Ueber Sensibilitätsstörungen bei akuter Ischämie.» *D. Zeitschr. f. Nervenheikunde.* Bd. 29, p. 375.

(2) Comunicación al II Congreso español de Cirugía.

Billroth hace, en 1873, su primera extirpación de laringe en un hombre de treinta y seis años, con cáncer. El éxito fué notable, y la operación entró desde luego en el dominio de la cirugía.

La mortalidád en los primeros años es grande. Los enfermos mueren de la operación ó de las consecuencias operatorias, especialmente la pneumonía séptica; y Koch, después de presenciar una practicada por Langecbeck, en la que este cirujano tuvo que ligar más de cuarenta arterias, cortar los dos nervios linguales y los dos hipoglosos, resecar el tercio posterior de la lengua, los ganglios cervicales y las glándulas submaxilares, dice que la extirpación total de laringe es una operación de efecto, que demuestra la habilidad del operador cuando el enfermo no sucumbe bajo el bisturí.

Realmente, los primeros pasos de la laringectomía total no pudieron ser más desfavorables, y muchos de los más eminentes cirujanos se declararon abiertamente en contra. Verneuil, Tillaux, Trélat, etc., consideran la operación como temeraria, siendo las primeras estadísticas verdaderamente malas, pues en ellas (Lublinski, Salomón) la mortalidad se eleva al 46 por 100.

Tres causas son las que ocasionan tan enorme mortalidad operatoria: entrada directa del aire, schock por tracciones en el momento de la operación sobre los filetes del pneumogástrico y pneumonía séptica. De otras causas, como hemorragia, asistolia, etc., se mueren pocos operados; y aun de las tres principales, la que arrebataba el 90 por 100, era la pneumonía séptica (abingesta, Schluck, pneumonía de los alemanes), y á suprimirla han sido dirigidos los esfuerzos de los cirujanos en todos los países.

Colocada la tráquea en la parte más declive de la herida operatoria, forzosamente á ella tenían que venir á parar las secreciones sépticas de aquéllas, unidas á la saliva que se escapaba por la fístula faríngea.

La traqueotomía previa aconsejada por Navratil, y la supresión de la fístula faríngea hecha por Cisneros, constituyen una mejoría importante, pero no suficiente. Gluck, en 1881, preconizó como único medio de evitar la pneumonía el aislamiento completo entre la tráquea y la herida operatoria, para lo cual aconsejaba una resección previa de tráquea seguida de sutura, ó bien sección de la tráquea y fijación de ésta en un ojal de piel, dejando un puente de ésta que sirva de barrera á las secreciones de la herida.

La idea del aislamiento de la tráquea domina desde entonces la gran cirugía laríngea, y es la base de los tres procedimientos que hoy se emplean en la extirpación total: Perier, Gluck y Le Bec y Real.

*Procedimiento de Perier.*—Incisión en T; denudación de la la-

ringe y tráquea; sección de ésta, que se trae hacia adelante por medio de unos fiadores de seda pasados previamente; introducción inmediata de la cánula tronco-cónica que lleva su nombre; extirpación de la laringe de abajo á arriba; liberación de la tráquea y fijación de ésta en el ángulo inferior de la herida; refacción de la pared faríngea y sutura por planos.

*Procedimiento de Gluck para extirpación sencilla.* — Incisión vertical desde el hioides hasta el borde inferior del cricoides; denudación de la laringe y tráquea por delante y lateralmente; cabeza colgando desde este momento; incisión de la membrana tirohioídea y taponamiento faríngeo con gasa para que la saliva no manche la herida; disección de la laringe de arriba á abajo, sacándola de la herida y separándola con cuidado del esófago. Así preparada la laringe, se hace en el hueco esternal una incisión transversal de 4 á 5 centímetros de longitud; se libera la piel desde el borde superior de esta incisión hasta el ángulo inferior de la incisión vertical primitiva, formando con ella un puente; se pasan dos fiadores por la tráquea, que se secciona sacándola por el ojal inferior, en el que se sutura. Sutura general.

*Extirpación de laringe y ganglios.*—Dos incisiones horizontales, la superior al nivel del hioides, la inferior debajo del cricoides, y que van desde la parte media del externo-cleido-mastoídeo del lado derecho al borde posterior del izquierdo, en donde se unen por una vertical. Se diseca este gran colgajo, reclinándolo hacia el lado derecho. Se extirpan las cadenas ganglionares de ambos lados. Denudación de la laringe y tres ó cuatro anillos traqueales. Sección de la tráquea y fijación de ésta en el borde inferior de la herida con dos puntos. Extirpación de la laringe de abajo á arriba. Sutura general.

*Procedimiento de Le Bec y Real.*—Incisión en T. Denudación de la laringe y tráquea. Sección de la tráquea y fijación provisional de ésta en el ángulo inferior de la herida. Extirpación de la laringe de abajo arriba. Refacción de la pared faríngea. Sutura definitiva de la tráquea. Sutura general.

El aislamiento de la tráquea, y por lo tanto del aparato respiratorio de la herida operatoria, fué un paso de gigante, y la mortalidad descendió considerablemente; sin embargo, no se lograba hacer desaparecer por completo la temida pneumonía séptica. El primero y segundo anillo de la tráquea se esfacelan casi siempre; las suturas se rompen, hundiéndose aquélla en el mediastino, y á las secreciones de la herida y hueco dejado por la laringe venían á unirse las de la tráquea mortificada.

Sebilau y Lombard creen que los puntos de sutura que sujetan á la tráquea se rompen porque los infectan las secreciones sépticas

que descienden de la superficie cruenta, y para evitar esta infección, el primero coloca á sus enfermos en posición inclinada, con la cabeza más baja que el cuerpo, y el segundo idea una cánula, cuyo pabellón sobresale dos centímetros, impidiendo que las secreciones de la herida superior humedezcan é infecten la sutura traqueal.

Dándose cuenta Chiari de que el aislamiento producido en la operación entre la tráquea y la herida desaparecida al tercer ó cuarto día, perdiéndose los beneficios que con él se obtenían, tuvo la feliz idea de practicar la extirpación en dos tiempos bien separados. En el primero se limita simplemente á hacer la fijación de la tráquea á la piel, y cuando la unión de ésta es perfecta y está bien cicatrizada, es decir, hay aislamiento seguro, extirpa la laringe. Los resultados no pueden ser más lisonjeros, y Le Bec reglamenta la técnica, con la que se consigue hacer de una operación muy grave dos muy benignas.

*Segundo procedimiento de Le Bec.—Primer tiempo.*—Incisión vertical desde el cricoides al esternón. Se pone al descubierto la tráquea, aislándola por delante y por los dos lados, cuidando de llevar lo más que se pueda de tejido celular para no destruir los vasos de nutrición de los anillos traqueales. Sección transversal de la tráquea y separación del esófago: se trae aquélla hacia adelante y se la fija á la piel con puntos de sutura que pasan entre el segundo y el tercer anillo. En el vacío dejado por la tráquea se coloca transversalmente un tubo de desagüe del número 25, cuyos extremos se sacan por dos aberturas pequeñas, practicadas delante de ambos externo-cleidómastoídeos, en punto bien declive y alejado de la tráquea.

Cuando la tráquea está ya perfectamente cicatrizada, cosa que se logra próximamente á los quince días, se practica el

*Segundo tiempo.*—Incisión vertical desde el hioides, que se divide en dos ramas al llegar cerca del orificio traqueal. Denudación de la laringe y extirpación de abajo á arriba. Refacción de la pared faríngea sobre una sonda del número 20 pasada por la nariz. Drenaje transversal en la parte inferior de la herida. Sutura general.

En la Clínica del Hospital General, donde se presta especial atención á la cirugía del cáncer de laringe, tanto por mi maestro el doctor Cisneros como por mí, que soy su modesto colaborador, por el gran número de cancerosos que á ella acuden, habiéndose practicado más de 70 intervenciones, con 15 extirpaciones totales, pronto se sintieron los beneficios de esta nueva técnica, consiguiendo en las cuatro últimas una curación operatoria rápida, y sin que ensombreciera el cuadro la amenaza de la temida pneumonía séptica. Sin embargo, en todas ellas tuvimos pequeños accidentes, ocurridos todos en el primer tiempo, y que son los siguientes:

1.° Esfacelo del primer anillo traqueal.

2.° Rotura por mortificación de la pared membranosa de la tráquea.

3.° Pequeña infección del hueco dejado por la tráquea.

A pesar de no denudar mucho la tráquea, sino llevar algo de tejido peritraqueal y movilizar sólo centímetro y medio de ésta para fijarla á la piel, el primer anillo siempre se esfacela.

Según mis observaciones, la mayor parte del riego sanguíneo que nutre á la tráquea lo recibe ésta por la parte posterior por la porción membranosa, marchando los vasos (que son pequeñas ramas de la tiroídea inferior) por el tejido conjuntivo laxo que la separa del esófago; al hacer la separación entre los dos, la mayor parte de estos vasitos se seccionan, y el primer anillo que, como formado por tejido cartilaginoso, tiene poca vitalidad, queda casi sin riego sanguíneo y se esfacela. Si en lugar de liberar un centímetro ó centímetro y medio de tráquea, denudásemos dos ó tres centímetros, como hacíamos en el procedimiento de Perier, los anillos mortificados son, no sólo el primero, sino el segundo y á veces el tercero, viéndose de una manera evidente que la mortificación está en relación inmediata con la extensión de tráquea liberada.

La mortificación de la pared posterior ó fibro-muscular de la tráquea obedece á las mismas causas, sumándose además á ellas el efecto local séptico de las secreciones que se acumulan en el hueco dejado por la tráquea, y que gravitan sobre su pared posterior; este hueco, además, es por su forma muy difícil de desaguar, y no tarda en constituir un pequeño foco de infección.

Estos accidentes no son de tal importancia que pongan en peligro la vida del enfermo, pero sí hacen que se pierda tiempo, teniendo en algunos casos que aguardar más de un mes hasta conseguir la cicatrización completa.

Tratando de remediar estos inconvenientes, se me ocurrieron unas pequeñas modificaciones en la técnica, y que utilizadas en mi última extirpación total, me han dado excelente resultado; no limitándome en ella á corregir estas deficiencias, sino modificando además la forma de la incisión.

Es indudable que en los casos con infartos en ambos lados, el procedimiento segundo de Gluck, ó de gran colgajo, es el que proporciona más campo y el que debe ser aplicado; pero para aquellos en los que los infartos no existen mas que en un lado, que son los más numerosos, por ser el cáncer primitivamente lateral, es demasiado cruento, y la incisión vertical simple era insuficiente.

Por otra parte, tratándose, como se ha tratado siempre, de alejar los riesgos producidos por el descenso de las secreciones de la herida

operatoria al árbol respiratorio, el colocar las líneas de sutura, tanto en la incisión vertical de Gluck como en las en T de Perier y Le Bec, todas por encima de la tráquea, no dejaba de tener á mis ojos algún inconveniente, y así utilicé un procedimiento que podríamos llamar de pequeño colgajo, siendo la técnica empleada la siguiente:

*Primer tiempo.*—Fijación de la tráquea.

Desinfección cuidadosa del campo operatorio.

Anestesia local con inyección hipodérmica de cocaína-adrenalina Clín.

Incisión vertical desde el borde inferior del cricoides al hueco esternal.

Denudación de la tráquea por delante y los lados, aprovechando todo el tejido celular peritraqueal que se pueda.

Sección de la tráquea al nivel del primer anillo traqueal.

Se pasan dos fiadores de seda laterales; la aguja entra por el segundo espacio y sale por el borde seccionado.

Mientras un ayudante hace tracción sobre la tráquea hacia adelante, se termina la sección de ésta, teniendo mucho cuidado, al hacerlo por la parte posterior, de no herir el esófago.

Liberación de un centímetro ó centímetro y medio de tráquea por la parte posterior, hasta que pueda ser cómodamente abocada al ángulo inferior de la herida.

Se anula el hueco dejado por la tráquea, suturando con catgut el plano muscular (externohioideos y externotiroídeos), reforzando además de este modo la pared fibro-muscular de la tráquea.

Se colocan dos órdenes de sutura para fijar la tráquea á la piel. Uno de *contención,* con puntos de seda, cogiendo un par de anillos y bastante piel; otro, de *unión*, con crin de Florencia, adaptando cuidadosamente el borde de la mucosa á la piel. Sutura del resto de la herida con seda.

Se coloca la cánula rodeando el macho de una tira de gasa yodofórmica. Apósito conveniente.

*Segundo tiempo.*—Extirpación de la laringe.

Dos incisiones horizontales: la superior, al nivel del hioides; la inferior, por debajo del crioides, y que se extienden desde la parte media hasta el borde anterior del externo-cleido-mastoídeo del lado donde existan los infartos ó se sospechen, reuniéndose en este punto por una vertical.

Disección del colgajo circunscrito, que se reclina lateralmente.

Extirpación de los ganglios.

Disección de la laringe por delante y lateralmente, teniendo cuidado, al hacerlo por la parte inferior, de no romper la cicatriz que le separa de la tráquea.

Extirpación de la laringe de abajo arriba, aprovechando todo lo que se pueda de pared esofágica.

Refacción de la pared faríngea; sutura con catgut. Se pasa una sonda por la nariz.

Sutura de los planos musculares con catgut.

Sutura de la piel con seda ó agrafes.

Apósito apropiado.

Las ventajas de la técnica que acabo de describir, con las modificaciones por mí introducidas, son:

En el *primer tiempo:*

1.° Cicatrización rápida de la mucosa traqueal á la piel, y nutrición asegurada del primer anillo traqueal, evitando su esfacelo.

2.° Anulación del espacio infralaríngeo dejado por la tráquea; supresión de un foco séptico y de las causas de mortificación de la pared posterior de aquélla.

En el *segundo tiempo:*

1.° Hacer la *toilette* ganglionar y la extirpación aprovechando la misma incisión.

2.° Proporcionar ancho campo operatorio.

3.° Alejar de la tráquea una posible causa de infección.

Termino insistiendo en un pequeño detalle, pero que puede ser de gran importancia.

Una vez suturado el esófago y rehecha la pared faríngea, debe pasarse la sonda nasal para alimentación, *comprobando* queda bien colocada en el esófago.

---

## TRAUMATISMOS DEL CODO: SU TRATAMIENTO (1)

Por el Dr. Saturnino García y Hurtado
Del Instituto Rubio.

Sólo en las personas demasiado musculadas y nutridas pueden las partes blandas traumatizarse independientemente de las partes duras. De este traumatismo, que en algunas ocasiones puede tener cierta importancia, no vamos ahora á ocuparnos. Nos vamos á referir exclusivamente á aquellos otros casos más graves, en los cuales los elementos articulares sufren alguna perturbación, y la reposición de los mismos y el restablecimiento de la función ó dinamismo del codo es difícil algunas veces conseguir.

La articulación del codo, por la disposición especial de su meca-

(1) Comunicación al II Congreso Español de Cirugía, explanada en la mañana del día 16 de Mayo de 1908, en el Anfiteatro de San Carlos.

nismo y la riqueza de troncos y filetes nerviosos de que está rodeada, es una de las peores en reponer, una vez rotas las relaciones articulares, y la más dolorosa al ejecutar los movimientos para reconstruir la función.

Los traumatismos del codo pueden ser: contusiones, dislaceraciones, fisuras, fracturas, distorsiones y distensiones, arrancamientos epifisarios, arrancamientos tendinosos y ligamentosos y luxaciones.

De otra variedad de lesiones producidas por la acción traumática sobre los vasos y nervios, como aneurismas, neuritis, etc., no vamos ahora tampoco á ocuparnos.

En esta breve comunicación no podemos más que relatar á grandes rasgos la conducta que debe seguir el cirujano ante un gran traumatismo del codo, sin especificar ni entrar en detalles de cada una de las variedades de lesiones, porque esto daría, indudablemente, materia para la composición de un voluminoso libro.

Lo primero que debemos hacer, al encargarnos de la curación de una lesión traumática del codo, si sospechamos que ha habido arracamiento epifisario, fisura ó fractura, es una radioscopia del mismo ó dos radiografías, tomando los planos frontal y sagital.

En este punto hay que tener muy en cuenta la edad del paciente, porque acontece que en los primeros años de la vida las extremidades óseas articulares son cartilaginosas, y sólo se perciben los puntos primitivos de osificación al ser examinados con la pantalla fluoroscópica ó al ser fijada la imagen de la proyección de las sombras óseas en una placa de gelatino bromuro de plata.

La conducta del médico cuerdo, en estos y otros casos, debe ser la siguiente:

Tener un álbum de radiografías de individuos normales en todas las edades de la vida, desde el claustro materno hasta los cincuenta años, y comparar la radiografía obtenida del codo enfermo con la normal de la edad correspondiente.

Tampoco éste en absoluto es un medio exacto, porque la osificación no se hace por períodos matemáticos ni edades fijas, sino aproximadas, y creo mejor conducta observar con la pantalla ó hacer radiografías del codo sano, que nos dará el punto más exacto de comparación.

Si existieran fragmentos óseos dislocados ó desprendidos que se opusieran á la flexión del codo, deben extirparse ó fijarse de modo que puedan dejar libre el juego articular. Este es un precepto que le considero de una importancia capital para la función ulterior del codo.

Una vez repuestas las partes del mejor modo posible (no importa

muchas veces que la disposición anatómica sea completamente normal, con tal de que pueda quedar libre el ejercicio de la función), debe dejarse el codo en flexión forzada, siempre que eso no interfiera por completo la circulación del antebrazo y mano.

Este precepto, que parece vulgar y sencillo, tiene una importancia excepcional. Es un procedimiento que la práctica me ha enseñado, después de luchar con grandes dificultades y de haber dejado algunos codos con una utilidad muy discutible.

He observado que después de un traumatismo de alguna importancia del codo, el movimiento más difícil de restaurar es el de flexión, el cual algunas veces llega á ser imposible de conseguir, una vez pasados los primeros períodos de reposición.

Si desde un principio no obtenemos una flexión muy acentuada, ya podemos asegurar que ulteriormente no la conseguiremos, como no sea anestesiando al enfermo y forzando de nuevo las partes ó rompiendo las adherencias establecidas, todo lo cual supone pérdida de tiempo, aumento en los sufrimientos del paciente, y al fin, restablecimiento menos perfecto de la función articular.

Una vez conseguida la máxima flexión, los movimientos de extensión, pronación y supinación del antebrazo son, relativamente, más fáciles de lograr.

En este punto se nos presenta otra dificultad, que considero la mayor de todas. Es á saber: si después de una intervención quirúrgica, ó de la reposición incruenta de las partes, se moviliza á los pocos días la articulación, los dolores que se provocan en el enfermo son algunas veces tan vivos, que pueden determinar hasta el colapso.

Si no se moviliza la articulación, indefectiblemente se produce una rigidez articular, por organización de exudados y formación de bridas fibrosas, que hace imposible después toda función.

¿Qué conducta cabe, pues, en este caso seguir?

La interposición de diferentes sustancias entre las superficies articulares para impedir su adherencia, hasta ahora no ha dado resultado.

Lo mismo ha sucedido con las inyecciones de medicamentos que se han hecho con el fin de reblandecer las cicatrices.

Nos hemos encontrado perplejos mucho tiempo, sin saber qué hacer.

Por fin, calculando que los dolores son producidos por la compresión más ó menos brusca de los filetes nerviosos que se distribuyen por la articulación, el secreto de la movilidad articular debe consistir en lastimar lo menos posible estos filetes al ejecutar los movimientos.

En efecto: hemos podido comprobar, desde hace algunos años, que la movilización del codo en los aparatos Zander constituye un medio terapéutico de una importancia tan excepcional, que podemos asegurar será un procedimiento que perdure, tan luego como sea bien conocido.

Los aparatos Zander tienen la ventaja de regular la excursión de los movimientos, y no llegar, cuando se manejan bien, al límite de la compresión ó estiramiento nervioso.

Regulada la excursión de flexión y extensión, se regula también el esfuerzo que el brazo debe ejecutar, según el estado de fuerzas del enfermo, la atrofia mayor ó menor de los grupos musculares, la excitabilidad de los puntos de inserción tendinosa, etc., etc.; todo lo cual, cuando se tiene presente, permite que el enfermo empiece á mover suavemente su codo, sin darse apenas cuenta de ello, formando paulatinamente una nueva articulación en los casos en que han variado las superficies articulares, y sin provocar esos grandes dolores que determina la flexión forzada.

Al cabo de un tiempo más ó menos largo, y con una hora diaria de ejercicios y masajes, llegan los enfermos á tener completos los movimientos articulares, algunas veces con una libertad y fuerza tan notables, que sobrepasan á los del codo sano.

Queda, pues, en mi concepto, resuelto ventajosamente uno de los asuntos que hasta ahora venía intrigando, con justa razón, á los cirujanos más notables, por acontecer ordinariamente que, después de un traumatismo de alguna importancia del codo, quedaban los enfermos en una situación de impotencia funcional tan acentuada, que bien puede decirse que, si no inútiles por completo, al menos resultaba restringida grandemente la utilidad de su función, después de haber sufrido las consecuencias de una ó varias intervenciones y los dolores violentos de la movilización articular.

# SECCIÓN CIENTÍFICA ORIGINAL

## ALGUNAS OBSERVACIONES RELACIONADAS CON LA LACTANCIA ARTIFICIAL

### CONFERENCIA DADA EN EL INSTITUTO DE TERAPÉUTICA OPERATORIA

POR EL DR. D. JESÚS SARABIA Y PARDO
Del Instituto Rubio

Al decidirme á desarrollar este tema, es porque encuentro en las cuestiones que abarca un motivo de convicción clínica que me afianza en la idea de que las cosas más sencillas en el ejercicio de la pediatría son, como todo lo que á la clínica se refiere, motivo de estudio científico que evitará siempre causas de enfermedades, pues en el niño todo lo que parece sencillo, tanto en la alimentación como en cuantos medios le rodean, puede ser causa de enfermedad, ó por lo menos de perturbación, que á la larga entra en el campo de la patología.

La alimentación del niño durante el primer año de la vida es un asunto clínico de extraordinaria importancia, comprendido así por todos los pediatras que á él han dedicado con preferencia su atención, ahondando los problemas que entraña hasta tal punto, que hoy el capítulo de la lactancia puede ser calificado como el más trascendental, por lo científico y por tener un valor profiláctico y terapéutico superior á todos cuantos comprende esta especialidad.

Cierto es que la naturaleza presta al recién nacido un medio de subsistencia alimenticia en condiciones normales, y que, cuando esto sucede, la misma ley orgánica resuelve el problema sin violencias ni contratiempos; pero, desgraciadamente, predomina lo anormal, en punto á la lactancia, por condiciones individuales, siempre con un origen en determinaciones de orden social, evitable por dirección científica, que desgraciadamente poco ó nada se atiende, para prevenir enfermedades, y que tanto se solicita y se la exige para corregir conflictos que pudieran ser evitados.

La lactancia artificial, pues, se impone con más frecuencia de la que fuera de desear, en beneficio de la salud de la infancia y en previsión del exceso de mortalidad infantil; pero ya que el mal existe, es preciso á todo trance acogerle con tolerancia y desarrollarle con base científica, pues de no proceder así, subsistirá el arma más poderosa de morbilidad y mortalidad dentro del primer año de la vida.

Las más caprichosas é injustificadas prácticas, hijas de la rutina

y de la ignorancia, se observan en cuanto se refiere á la alimentación por medio del biberón, y todas ellas acusan un lamentable desconocimiento de lo que es el niño en función orgánica á esta edad; cosa censurable cuando se trata de médicos que, por razones de orientación científica, no se han fijado en el avance moderno de estas cuestiones, y más que censurable, punible, en quien, á sabiendas de su ignorancia, acomete con decisión la empresa de guiar la lactancia de un niño sin más justificación que el sentido común, basado en consejos de gente vulgar y despreocupada.

Hoy el puericultor se esfuerza por todos los medios en combatir esta importante causa de inconscientes infanticidios.

Estamos en época en que los esfuerzos de los puericultores se encaminan á sostener á todo trance (educando á la madre) la lactancia materna, por ley natural primero, y después por ser este medio el más profiláctico de cuantas causas pueden perturbar la salud del niño: pero la ignorancia y la miseria aún contrastan nuestros esfuerzos, y estas causas, aparte de la carencia de leche materna, prescindiendo de otras de orden secundario, hacen que la lactancia artificial impere en unos países por hábito y en otros por necesidad actualmente inevitable.

La guía científica de este género de alimentación del niño ha dado origen á la creación de centros, en donde se puede, á modo de otros medios de clínica para lo patológico, practicar la lactancia artificial á ciencia del profesor y paciencia de éste y de la madre del lactante, pues solamente así puede ser provechosa, y mucho más cuando estos centros, llamados con el sugestivo nombre de Gotas de Leche, por el Dr. Dufour, son á la vez verdaderas escuelas de educación de madres para la crianza de sus hijos, idea iniciada y sostenida con el más lisonjero éxito por el malogrado Mr. Budin.

Practicando en estas instituciones de filantropía y puericultura, es como únicamente puede formarse idea exacta de lo magno del problema de la alimentación infantil, capítulo de la pediatría de lo más vasto y difícil que se puede imaginar; y allí, en esas clínicas del niño en la primera infancia, es donde se conoce el modo de pensar de la mayoría de los médicos en esta materia, y los errores que imperan en la alimentación de los niños por desconocerse todos los elementos del problema.

Puedo asegurar, sin temor á exagerar el juicio, que la salud del niño estriba en la buena alimentación, sea ésta materna ó sea artificial, pero que siempre debe estar científicamente dirigida. En más de un 75 por 100 de casos de patología infantil dentro del primer año de la vida, la terapéutica descansa, casi en toda su acción, en una buena lactancia.

Es asombroso y causa gran sorpresa ver niños con alteraciones del aparato digestivo tratados en esta edad de la vida con un sin número de drogas, encaminadas á llenar indicaciones sintomáticas que acusan desconocimiento de lo fundamental de dicha alteración, y que, lejos de aliviar, agregan elementos de infección ó de desorden funcional que puede corregirse fácilmente con una alimentación bien reglada en dosis y tiempo de ingestión de la leche pura ó mezclada, con arreglo á la edad, capacidad digestiva, poder de asimilación, etc.

Llegan á los dispensarios de consulta, niños dentro del primer año de la vida y aun de más edad, en los cuales su semblante refleja las huellas de una desnutrición lamentable. Extenuados, pálidos, con mirada brillante y facciones contraídas, piel rugosa en sus mejillas y frente, cuello delgado, tórax con poca capacidad, y en cuyas paredes se dibujan estrechas costillas, á veces deformadas, vientre abultado, extremidades encogidas, sus carnes blandas, piel de escasa reacción elástica, circulación linfática perezosa, las venas casi en éxtasis, con un constante quejido, expresión de sufrimiento, con signos, en fin, de una extenuación profunda y con historia de hambre por falta de alimentación ó porque ésta ha sido inoportuna en calidad y cantidad; y este tipo de atrofia infantil, distinto de la atrepsia de Parrot, cuyas causas son conocidas y perfectamente tratables, es el que nos indica que su alimentación no ha sido guiada debidamente, atribuyendo sus diarreas á fenómenos de dentición, si ésta hubiera comenzado y que fueren imprudentemente abandonadas, y sus vómitos á mala calidad de leche ingerida, sin pensar que acaso más la cantidad que la calidad fueron su causa; y de este modo llegan á los diez ó doce meses de edad, después de pasar milagrosamente por tan peligroso camino, con todos los elementos, aun enfocando bien el régimen á tiempo, para que el raquitismo sea en él la norma de su vida íntima, orgánica y funcional.

Consejos de gente profana, y ¿por qué no decirlo? á veces de peritos que debieran serlo, han llevado al niño por un camino de alimentación variada, no relacionada con las necesidades de su aparato digestivo ni con su edad, y hemos visto niños llevados á nuestras consultas con un peso de 4 kilos á los catorce meses, en los cuales, á fuerza de tiempo y mucho cuidado, se les ha hecho alcanzar la cifra, si no exacta, bastante aproximada de peso en relación con la edad.

Es de absoluta necesidad saber perfectamente lo que representa el aparato digestivo del niño en la época de la lactancia para amoldar á sus condiciones orgánicas la clase de alimentación; y al efecto, creo pertinente recordar, de acuerdo con los trabajos de Lesage,

algunas ideas relativas á la anatomía y fisiología del aparato digestivo del niño, para proceder con conciencia en la dirección de este problema vital para el niño en lactancia.

*
* *

Los estudios recientes de varios observadores permiten un juicio muy razonable de la función digestiva, según consigna el Dr. Lesage en sus trabajos respecto de este asunto.

Todas las diversas glándulas del aparato digestivo funcionan con íntima solidaridad encaminada á la transformación química de los alimentos.

Las investigaciones modernas enseñan la parte tan activa que el jugo gástrico tiene en la modificación de los alimentos ingeridos en el aparato digestivo.

La crioscopia aplicada á la fisiología secretoria es de gran importancia para estos estudios. El suero sanguíneo contiene el modo constante el mismo número de moléculas, y se halla por lo tanto en equilibrio osmótico, y su punto crioscópico es de 0,55. El cloruro sódico es el conservador de los varios puntos crioscópicos de las glándulas con el suero sanguíneo, y arrastra el fermento, por cambio osmótico, fuera de la célula glandular. La leche permanece en equilibrio con la sangre por tener el mismo punto crioscópico.

Las secreciones de saliva, jugo gástrico, y líquidos pancreático é intestinal son coloides, pues no contienen elementos apreciables al microscopio, estando formados por granulaciones muy finas. Estos coloidales tienen electricidad variable, y un coloide completo resulta de la unión de las secreciones.

Se asegura que ignoramos la función celular del intestino, de la digestión y más el fenómeno absorción; creemos que la leche de mujer se absorbe fácilmente y se aprovechan todas las calorías mejor que de la leche de vaca, cuya digestion es más imperfecta, y parte de sus calorías quedan en los detritus, según indican Escherich, Heubner y otros.

La leche de mujer se digiere y absorbe mejor, por ser más completa su descomposión en *dispéptidos* y *ácidos animados,* y por su reconstitución en *polipéptidos,* que se absorben fácilmente. Piensan Moro y otros, que en la digestión de la leche de vaca se forma una leucocitosis que viene en auxilio á las células de las glándulas extenuadas, dándolas los fermentos que contiene.

La *ptialina* de la saliva existe ya en el feto y en pequeña cantidad en el niño de pecho; y está demostrado que á los seis meses de edad posee la saliva del niño todas sus cualidades como la del adulto.

Las innumerables glándulas que contiene el estómago se hallan tapizadas de las llamadas células principales y de otras que se deslizan entre éstas (células de Stochr, de Nusbaner), las cuales creen algunos que son las encargadas de segregar los fermentos (pepsina, cuajo), y otros creen que son elementos jóvenes derivados de las células principales.

El verdadero jugo gástrico es producido por las glándulas de la región del cardias. En los primeros meses de la vida no existe diferencia entre unas y otras células.

En 1875 Hammarsten y Schmit descubrieron en el niño de pecho el *fermento lab* ó *cuajo* en vez de pepsina; existen, pues, en el estómago el cuajo y la secreción ácida.

El fermento *lab* ó *cuajo* desempeña el papel de coagulante de la caseína, y la pepsina es el agente digestivo.

Paulow y otros admiten un solo fermento, que obra: primero coagulando, y luego, digiriendo en cuanto aumenta la acidez.

El *cuajo* es una diastasa capaz de modificar cantidades de leche (30.000 veces su peso), ayudado por la secreción ácida necesaria para que el cuajo pueda atacar los grumos.

En los primeros meses de la vida, la secreción gástrica es escasa y aumenta poco á poco, siendo más fácil la digestión. Si el niño toma leche de mujer, no es tan abundante como cuando se alimenta con leche de vaca, pues esta última provoca más su secreción por un estado exagerado de excitación gástrica.

Todas las caseínas son idénticas desde el punto de vista químico, y no es la caseína el punto esencial de diferencia entre las leches, según las investigaciones de Meyer, quien también deduce que la leche de vaca es de más difícil digestión por los fermentos y las sales que contiene. Las sales de cal, en su combinación insoluble con la caseína, la hacen difícil de ser atacada por el jugo gástrico.

La leche en el estómago se presta como resultado á coagulación de la caseína y su parcial transformación (pectonización, etc.).

La lactosa no es atacada en el estómago, y el ácido láctico acusa fermentación microbiana.

Dice Volhard que las grasas, si son emulsionadas, se transforman en el estómago en glicerina y ácidos grasos.

Existe en el estómago un fermento, llamado *lipasa*, segregado por las células del fondo de saco mayor. La excesiva acidez que á veces se nota en el estómago del niño de pecho, es debida á los ácidos grasos.

El estómago conserva todo su contenido mientras dura la digestión, según han demostrado por la radioscopia Leven y Barret, así como por este procedimiento también se averigua que el estómago

del niño ocupa una posición horizontal, contra lo que se creía hasta la fecha.

Respecto del *páncreas,* diremos que, prescindiendo de los islotes de Langerhand, órganos de secreción interna, como el timo, y de papel nulo en la digestión, aunque contribuye á una secreción interna que penetra en la circulación general, su secreción modifica las albúminas y peptonas de un lado, después de la presencia del fermento *enteroquimasa,* segregada por la mucosa del intestino delgado.

La *tripsina* en este jugo se forma, según Paulow, del contacto del tripsógeno con la enteroquimasa. Las grasas neutras son descompuestas por él en glicerina y ácidos grasos, que con las bases de la bilis forman los jabones. Esta acción es debida á un fermento especial, la *lipasa.*

Gran cantidad de grasa neutra en el intestino indica deficiencia de secreción pancreática, y el exceso de ácidos grasos indica insuficiencia biliar.

La *amilasa* diastasa del jugo pancreático transforma el almidón en maltosa, y luego se forma la glucosa, merced á la acidificación del líquido duodenal, y al auxilio de éste concluye la transformación del almidón.

El jugo gástrico ha descompuesto la albúmina, formando polipéptidos, y completa su descomposición el jugo pancreático. El almidón y la grasa apenas son atacados por el jugo gástrico, y lo mismo le sucede á la lactosa respecto del jugo pancreático, pues sobre ellos ejerce su acción el líquido intestinal.

Se ha demostrado, por Delezenne y Pazerski, que todos los fermentos del jugo pancreático existen en el feto. Igual volúmen de sustancias á ingerir y de jugo pancreático en el adulto y en el niño, la potencia digestiva es inferior en éste por ser menor la cantidad de fermento. El páncreas del recien nacido pesa tres ó cuatro gramos, y no es comparable, desde este punto de vista, con el de un niño de cinco años, que pesa treinta y cinco gramos.

El resultado de la digestión pancreática es un coloide complejo, de reacción negativa, distinto del jugo gástrico y del contenido estomacal, que son coloides de reacción positiva.

Terminada la digestión duodenal, el cloruro sódico que había en el quimo al salir del estómago se vuelve á combinar, y los azúcares son absorbidos y las albúminas transformadas por completo. También el jugo entérico descompone las grasas; la *enterolipasa* aumenta en el intestino grueso, en donde descompone un 76 por 100 de grasa, en vez de 32 por 100 que se transforma en el duodemo. Este jugo contrifugado no contiene *lipasa,* que es formada por las células epiteliales. El jugo entérico excita la secreción del jugo intestinal, del

mismo modo que el jugo gástrico excita la secreción gástrica después de inyectados.

El *moco* es la única secreción del intestino grueso, y tiene la misión de lubrificar sus paredes. La bilis disuelve el moco, según Beclard y otros autores, y contrarresta la acción de la mucinasa, que tiende á coagularle. Se le ha atribuido, por Disse y Charrin, una acción antiséptica, y como la secreción del moco en el niño es más abundante que en el adulto, así se explica la vulnerabilidad mayor de la mucosa en aquél.

Según los trabajos de Bhering, el *epitelium* intestinal del niño permite el paso de los microbios, pues no ha adquirido la resistencia que del adulto.

La bilis, en el acto del nacimiento, es rica en pigmentos biliales y pobre en ácidos y sales, que son los que influyen en la digestión. Las sales (taurocolatos y glucolatos) se unen en el intestino á los ácidos grasos para formar jabones; una grasa no puede ser absorbida más que en estado de jabón. La bilis fija los ácidos grasos y los neutraliza, permitiendo así la absorción de los elementos en que se descomponen las grasas, favoreciendo la acción del jugo pancreático sobre éstas; actúa sobre el intestino, excitando las contracciones intestinales, y mantiene disuelto el moco intestinal.

*
* *

Expuestas las anteriores consideraciones, procede ocuparse seguidamente de la transformación bio-química de la leche en el niño, por ser éste el alimento casi exclusivo dentro del primer año de la vida.

Son de gran interés, y muy oportunas al caso, las observaciones consignadas por el Dr. Muls.

La boca y sus secreciones no ejercen acción sobre la leche: primero, porque aquél es un órgano de succión; y segundo, porque la leche tiene azucar y no almidón, el cual únicamente hace necesaria la acción de la saliva.

La *amilasa* no existe en la leche en el estado normal, en la forma que pretende Spolvorini, habiendo sido sus experimentos interpretados debidamente por Valdevende, al observar que su presencia es efecto de la infección de la leche, pues hay microbios que elaboran el fermento *amilolítico*.

Constituyen la leche tres elementos: la *caseína*, la *lactosa* y la *manteca*. La leche de mujer se digiere en una hora próximamente, y la de vaca exige dos horas de trabajo digestivo; y sea cual fuere la leche que se ingiera, permanece de una á dos horas en el estómago, según se ha demostrado por la radioscopia, que sorprende las funciones gástricas y las condiciones de abertura del píloro; la estática del

estómago es la misma, cualquiera que sea la leche que sirva de alimentación, y la química de la digestión es la que varía. Están, pues, estas ideas, relativas á la retención gástrica, de acuerdo con la antigua opinión de Czerny, de todo lo cual podemos deducir previamente la consecuencia de que se debe dar de mamar al niño cada dos ó tres horas, según la cantidad de leche que se ingiera.

En el estómago se digiere, más que otra cosa, la caseína, cuya coagulación es debida al fermento *lab* ó *cuajo;* que así como en el adulto, según Hamansten y Paget, se halla en estado de protocuajo, en el niño ya está formado, pues existe en el feto y en el niño sano ó enfermo.

El *fermento lab* coagula la caseína en quince minutos, y seguidamente se transforma, por los compuestos clorados y la pepsina, en peptona absorbible, y lo que pasa al intestino en forma de coágulos es transformado por el jugo pancreático y por la tripsina. El caseógeno con las sales de cal forma el *caseum* insoluble, que es digerido en el intestino, pues la otra albúmina soluble se absorbió en el estómago.

El coágulo de la leche de vaca es abundante en grasa y difícil de digerir; todo lo contrario sucede con la leche de mujer. La esterilización de aquélla la hace semejante á ésta.

La leche de mujer se ha liquidado en el estómago á la media hora de ingerida; no así sucede con la leche de vaca, cuyos coágulos existen en el estómago á la hora ó más tarde de su ingestión.

El ácido clorhídrico se halla al final de la digestión, y Thiercelin le ha encontrado en los niños dispépticos. En el estómago existe el ácido láctico, meced al cual obra la caseína.

Esta es coagulada por el cuajo, y el coágulo es liquidado y transformado por la pepsina, que obra en un medio ácido, en peptonas, etc., de un modo más completo en la leche de mujer que en la de vaca.

La lactosa es transformada por el fermento *lacteum* en glucosa y galactosa, cuya fermentación es debida, según se cree, al *bacterium coli comune* y al *bacillus lactis aerogenes*. Las sales y el agua se absorben en el estómago.

La manteca, según Ledgunck, es digerida en el estómago, pero solamente un 2 á 10 por 100 de la grasa que contiene, y transformada alguna cantidad de ella con ácidos grasos; lo positivo es que casi toda pasa al intestino libre ó entre los coágulos de caseína.

El quimo estomacal es de reacción ácida al llegar al intestino, formándose aquí el quimo de reacción alcalina. Se compone éste de agua, caseína no modificada, albumosas, peptonas y sintonina, lactosa en pequeña cantidad, grasa en la forma indicada, compuestos

clorados y amoniacales, ácidos grasos, leucina y tiroisina y gases. ácido carbónico.

Sobre este quilo actúa el jugo pancreático con sus tres fermentos: la *tripsina,* que transforma las sustancias albuminoídeas en proteosas y cuerpos cristalizables; la *milasa,* que transforma el almidón en azúcar, y la *lipasa,* que emulsiona y descompone las grasas.

La *tripsina* existe desde el nacimiento; no así los otros dos fermentos.

También la bilis existe desde el momento de nacer; la colesterina no se modifica, pero las sales se descomponen en ácidos monoanimados (taurina y glucocola y en núcleo cólico). Los primeros se absorben y vuelven al hígado, y el segundo se elimina con las heces: fenómenos que, según Zueifel, son debidos á los microbios. De sus materias colorantes, la bilicrobina se absorbe en el intestino, y la biliverdina se encuentra en él en los estados patológicos.

El jugo de las glándulas de Brummer contiene fermentos proteolíticos, y es poco abundante en el niño.

La digestión trípsica produce los mismos cuerpos que la pépsica: pero se diferencia en que aquélla es más enérgica y más rápida en el niño alimentado al seno que en el que se alimenta con leche de vaca. La lactosa se absorbe en parte en el estómago; pero la manteca llega intacta al intestino, y allí la lipasa emulsiona parte, convirtiéndose la otra en ácidos grasos y glicerina; los primeros se transforman en jabones, por los álcalis del jugo intestinal y por los microbios, capaces de elaborar lipasas. Los linfáticos quilíferos de las vellosidades absorben parte de la grasa, mientras que la manteca atraviesa el intestino y pasa á la sangre; la manteca no absorbida se va por las heces en forma de jabones, ácidos grasos y grasas neutras.

La leche de mujer se absorbe en la parte superior del intestino delgado después de digerida casi totalmente en el duodeno.

La putrefacción intestinal es casi nula en el niño alimentado con leche de mujer, y más acentuada en el que se alimenta con leche de vaca.

No es posible hacer científicamente la base de alimentación en la lactancia artificial, sin conocer á fondo el *componente químico* de la leche que se administra en relación con la leche verdaderamente higida, por regla general; y digo por regla general, porque es sabido que, aun cuando aquella condición la reúna la leche de mujer, hay ocasiones, y casos clínicos lo demuestran, y publicados están, en que la leche de la nodriza era perjudicial al lactante, que respondió al uso bien dirigido de la leche animal. El caso es excepcional, pero hay que consignarle.

La leche de mujer tiene grasa más rica en oleína que la leche de vaca, y su albúmina está en más proporción, pero en cambio la de vaca tiene más caseína. Los nitratos de carbono están representados por la lactosa, y, respecto de las cenizas, de acuerdo con los estudios de Blamberg, puede asegurarse que en la leche de mujer presentan una composición muy variable.

La tendencia investigadora, respecto de la diferencia en la comparación de albúmina que se encuentra en las distintas leches representada por Biedert, es la que parecía imperar en el problema alimenticio que se estudia en la lactancia artificial. Las deposiciones de los niños alimentados con leche de vaca han dado, en ocasiones, copos de caseína no digerida.

Existen ideas en contra, sostenidas por Heubner y Czerny, para destruir la doctrina sostenida, de que los inconvenientes de la leche de vaca dependían de su albúmina. Esta sustancia, extraña á la especie, creen algunos que es nociva al niño que se alimenta con leche de vaca, porque su albúmina se pone en contacto con células del aparato digestivo, que no toleran más que albúmina de la misma naturaleza. Pero esta teoría está destruida por la observación perfecta de que las *enzimas* intestinales ejercen igual acción en la digestibilidad de ambas albúminas.

Según Langstein, ni en la digestibilidad de la albúmina, por parte de los niños de pecho, ni en el análisis de los principios nitrogenados de sus deposiciones se observa deficiencia alguna en favor de la menor digestibilidad de la albúmina de leche de vaca. Sea leche de vaca, sea leche de madre la que el niño use para su alimentación en estado de salud, la metamorfosis y la absorción de la albúmina es igual para las dos clases de leche.

El recién nacido posee en su jugo gástrico pepsina y tripsina, y desde el quinto mes la erepsina, razón por la cual no hay fundamento para sostener el principio de la albúmina de leche de diferente especie, por más que es cierta la distinta condición biológica de las albúminas. La albúmina extraña, pues, se digiere en el estómago en las mismas condiciones que la propia, sin que exija mayor trabajo digestivo.

En las intoxicaciones de origen alimenticio descritas por Finkelstein, para nada interviene la ingestión de la albúmina. La dieta hídrica, tan recomendada en estos casos durante veinticuatro ó cuarenta y ocho horas, es de excelente resultado; pero ningún perjuicio causa el uso de la caseína durante dicho tratamiento. Así lo demuestra el empleo de la *babeurre*, que contiene tanta albúmina como la leche completa.

Resulta, pues, de todo lo expuesto, no muy claras, pero sí algo

definidas, las investigaciones relativas al supuesto inconveniente de la albúmina en relación con la lactancia artificial.

En cuanto á la grasa, los estudios son más prácticos en el sentido que han orientado bien el uso de la lactancia artificial y de su acción nociva en el aparato digestivo del niño, cuyos efectos perjudiciales se combaten por la *babeurre* y otros medios naturalizantes de aquellos efectos.

El exceso de hidratos de carbono en forma de azúcar, harinas, etc., es causa de enfermedades en el lactante, bien estudiadas en la actualidad.

Conviene también recordar, como premisa de deducciones prácticas de alimentación artificial, que el experimento de Meyer, alimentando á unos niños con suero de leche de vaca mezclada con albúmina y grasa de leche de mujer, y á otros con suero de leche de mujer mezclado con grasa y albúmina de leche de vaca, en los que observó que los alimentados de este último modo se desarrollaron mejor que los que se nutrieron de la primera manera, los cuales padecieron graves perturbaciones, lo cual demuestra la gran importancia que tiene la cantidad y calidad de las sales contenidas en la leche que sirve de alimentación del niño.

Refuerza esta idea la opinión de Finckelstein, quien asegura que administrando á los niños suero de leche de vaca y suero de leche de mujer, se desarrollan bien con ambas alimentaciones; pero añadiendo grasa ó azúcar al suero de la leche de vaca, se observan fracasos que no suceden, aun cuando se agregan aquellas substancias al suero de la leche de mujer, de lo cual se deduce la importancia del medio en que se administran las substancias alimenticias y la acción que dicho medio puede tener sobre la mucosa intestinal, y que importa, cuando la lactancia se trate, conocer las propiedades del suero, cuya concentración puede tener influencia en la alimentación del niño de pecho.

Coinciden estas ideas con la opinión reinante, después de los descubrimientos de Pasteur y de las investigaciones de Raulin, que permiten considerar á las substancias minerales, por su unión con las moléculas albuminoídeas, como llamadas á desempeñar una función de importancia en los fenómenos de nutrición. Las hipótesis modernas descansan en la mayor actividad de los fermentos digestivos por las substancias minerales y la teoría de la ionización, que dan á los minerales en el organismo una importancia extrema que explican los fenómenos de la actividad orgánica en general.

La leche hervida á 100° se desnaturaliza, pero nada concluyente se deduce de la constante práctica en centros donde se crían

niños, en contra de que la leche hervida deje de ser tan beneficiosa al niño como lo es la leche cruda.

Quedan sentadas estas bases de condiciones orgánicas de la leche para deducir conclusiones prácticas adecuadas á nuestros fines.

(*Concluirá.*)

## FALSEDAD DE LAS LLAMADAS DISPEPSIAS POST-OPERATORIAS DE LOS GASTROENTEROSTOMIZADOS (1)

POR EL DR. R. LUIS Y YAGÜE
Del Instituto Rubio.

Los trastornos digestivos gástricos que aparecen en los gastroenterostomizados por estenosis benignas, más ó menos tiempo después de la intervención, han sido, y están siendo, objeto de observación y trabajos múltiples, particularmente en Francia.

Pero en la estimación de su origen hay tal error, que es indispensable llamar de nuevo sobre ello la atención con urgencia.

Es indudable que en la casi totalidad de los gastroenterostomizados se presentan fenómenos dispépticos, sin plazo fijo y á fecha más ó menos remota de ser intervenidos, que los hace acudir en busca de su alivio ó curación, la cual los más creyeron conseguir de manera definitiva por la operación.

Pero que aparezcan trastornos dispépticos en estos sujetos, no quiere decir que sean imputables ó secundarios á la gastroenterostomía, como parece indicar el nombre de dispepsias post-operatorias con que han sido designados.

Afirmarlo así, es crear una especie patológica nueva que no tiene razón alguna de existencia.

La clínica lo demuestra con facilidad á cuantos observen justa y científicamente á estos enfermos.

La equivocación ha nacido quizás de dos hechos, distintos y coincidentes: el primero, de exageración, al suponer que, después de la intervención, desaparecerían por completo y definitivamente cuantos trastornos les aquejaban; el segundo, de abandono total y absoluto post-operatorio de estos enfermos, sin régimen rigoroso ni tratamiento médico adecuado.

Y ambos, menester es reconocerlo, son erróneos.

Porque, si después de las primeras gastroenterostomías, y apoyados en la inobservación de los operados á fecha algo alejada de su intervención, pudo creerse así, hoy, que ya son muchos los interve-

(1) Comunicación al II Congreso español de Cirugía.

nidos y en gran número ha transcurrido bastante tiempo de la operación, cabe afirmar lo opuesto con mayor valor y veracidad.

Se ha llegado á ello por el estudio metódico por cateterismo gástrico, antes y después de la intervención, y muy particularmente en el momento en que volvían á sufrir molestias digestivas. Y en todos se ha visto que reaparece el tipo químico secretorio fundamental que tenían antes de ser operados.

Y de aquí el resurgimiento de las molestias.

Porque si la gastroenterostomía, creando nuevo píloro por el cual se evacua regularmente el contenido gástrico, hacía desaparecer la retención alimenticia, con modificación del quimismo en la hiperacidez y estímulo accesorio á ella secundarios, no hacía ni podía hacer variar la estructura y composición de la mucosa en sus elementos secretores, y de aquí la subsistencia del tipo químico secretorio que anteriormente existiera.

Y así lo demuestran cuantos análisis del quimismo hemos tenido ocasión de hacer en los gastroenterostomizados, á quienes seguimos con verdadero interés.

No hay en estos resultados discrepancia alguna que merezca ser estimada, y con exactitud casi perfecta las cifras de su quimismo reproducen las que tenían anteriormente á ser intervenidos, siempre que el análisis del recogido gástrico se hiciera empleando la misma comida de prueba, igual tiempo de extracción y el mismo procedimiento de análisis, y se tuviera el cuidado de efectuarle precedido de lavado completo, cuando hay retención, y la precaución siempre de titular por separada la acidez clorhídrica libre y la total.

Ahora bien: como casi todos ellos eran hiperclorhídricos, siguen siéndolo después de la intervención; y así es fácil ver que cuando vuelven, mayor ó menor tiempo después de ella, quejándose de nuevas molestias, son éstas absolutamente iguales á las que tuvieron antes de su fase estenósica y coincidiendo con ello iguales las cifras de acidez á las que antes tenían.

Y si clínica y químicamente su sintomatología es idéntica antes y después de la operación, ¿dónde está la razón y el fundamento para hablar de dispepsias post-operatorias?

Para que fuesen tales, sería menester que no hubieran existido antes de la operación; y esto es absolutamente incierto.

La gastroenterostomía, eficacísima permanentemente en cuanto á la evacuación regular del estómago, cuando fué diestra y felizmente ejecutada, y no se malogró, como rara vez sucede, por complicaciones ulteriores, no es responsable de las molestias dispépticas por alteración secretoria, que pueden aparecer en estos sujetos; no cabe, pues, llamarlas dispepsias post-operatorias, ni dar lugar á que se

piense en recriminarla como causante de alteraciones ó trastornos que no suscita, y de las que no es responsable más que en tanto que no alcanza á curarlos, como al principio pudo creerse.

Todos debemos tener interés en hacerlo resaltar así.

Pudiendo resumir estos juicios en las siguientes conclusiones:

1.ª No existen las dispepsias llamadas post-operatorias después de la gastroenterostomía.

2.ª Las alteraciones dispépticas que se presentan en la mayor parte de los gastroenterostomizados son absolutamente independientes de la operación.

3.ª Se deben á la subsistencia del tipo químico secretorio individual, que la intervención no modifica más que en lo secundario á la retención alimenticia.

4.ª De aquí su variedad de tipos clínicos.

Y 5.ª Éstos reproducen siempre, con toda exactitud clínica y químicamente en cada individuo, las manifestaciones dispépticas en él existentes antes de su fase estenósica.

---

## RAZONAMIENTO ETIOLÓGICO PARA EXPLICAR EL TRATAMIENTO DE LA ESCOLIOSIS

POR EL DR. JACINTO GUTIÉRREZ PRIETO
Del Instituto Rubio.

Me propongo en este trabajo dar á conocer, ó más bien divulgar, la teoría que considero más aceptable, con su demostración casi axiomática en el tratamiento de la escoliosis, é intentar algo en pro de esta clase de estudios, estimulando á mis ilustres comprofesores para que los amplíen.

### TEORÍAS ETIOLÓGICAS QUE SE HAN SUCEDIDO EN LA HISTORIA MÉDICA PARA EXPLICAR LA GÉNESIS DE LA ESCOLIOSIS

Esta deformidad, que con caracteres tan relevantes salta á la vista, tuvo necesariamente que ocupar, desde los tiempos más remotos, la atención de los que se dedicaban al noble y sacerdotal arte de curar, ya que es conocida en sus grados, un tanto avanzados, hasta de los profanos, y hace suponer procuraran indagar las causas, bien como base para establecer el tratamiento, ó bien para fundamentar la profilaxia. Sin embargo, en esta época ó período empírico de la Medicina, y en el siguiente de preparación científica, y bastante tiempo después de su constitución (dando por sentado que en la actualidad esté constituída, que es, á mi juicio, aventurar un hecho inexacto), oscura, en verdad, está de hallar la etiología

que asignaron á esta deformación ósteo-articular, á juzgar por lo que refieren los libros respecto á los tratamientos en uso, lo que nos da una idea bien pobre de la teoría que pudieran sustentar, pues por toda práctica empleaban el verificar tracciones sobre los dos extremos del arco, cuya operación se llevaba á efecto suspendiendo los enfermos por los hombros á una escalera y realizando movimientos de sacudida; otras veces, el paciente era cogido entre dos hombres robustos, uno de ellos haciéndolo por los hombros y otro por los pies, y ejecutaban la extensión y contraextensión, mientras que el operador comprimía directamente la joroba, deduciendo por el método curativo expuesto no existir nada racional que les enseñara el conocimiento etiológico más ó menos imperfecto, y aunque tuvieran alguno, no atendían á las indicaciones que de él surgieran, guiándose única y exclusivamente por el hecho escueto de enderezar lo que torcido estaba, ni más ni menos que si lo fueran á efectuar en un cuerpo inerte; si bien nada hay de particular no tuvieran en cuenta otras razones de índole superior, por ser los conocimientos biológicos, en lo que á su mecánica se refiere, tan recientes, que apenas si están esbozados en la actualidad (1). Del mismo modo, tampoco vemos se consignen reglas ó consejos que á evitarla vayan dirigidos. Tal situación continuó hasta entrado el siglo XVIII, en que aún era empírico y rutinario el tratamiento, pues si bien se servían de la mal llamada ortopedia, con la aplicación de chalecos, corsés ó corazas, todos imperfectos, pues más bien se empleaban como medios sustentativos cuando la escoliosis estaba tan pronunciada que fuera difícil la estación bípeda, y sin que con ellos se quisiera resolver fin alguno terapéutico en el sentido estricto de la palabra, sino que á veces ocurría todo al contrario, hasta el extremo que fué preciso que un ilustre anatómico, Wisslow, publicara una memoria acerca de los graves inconvenientes y trastornos que ocasionaba su empleo. A mediados de este siglo XVIII se empieza á vislumbrar algo que á la profilaxia ó tratamiento preventivo se refiere, pues se dictan reglas respecto de las actitudes que deben tomar los niños para evitar y aun corregir los defectos del talle. Así, Nicolás Andry, en un concienzudo trabajo de mucho mayor mérito, si se le considera por haber roto el hielo en esta clase de asuntos, supone ya algunos conocimientos etiológicos, y con arreglo á ellos aconseja medios para prevenir la deformidad, poniendo, por decirlo así, la primera piedra en el tratamiento racional y científico de la escoliosis, abandonada hasta entonces en manos inexpertas y profa-

(1) Debiendo hacer constar, para honra de nuestra patria, los trabajos de esta índole del Dr. Martínez Angel y Dr. Hurtado, que vieron la luz en páginas de esta Revista.

nas, siguiéndole, una vez planeado este estudio, varios, entre los que descuellan Sevacher, que aconseja para enderezar la columna vertebral escoliósica un sillón especial de extensión, en que las tracciones se ejecutan sobre el tronco por medio de un sistema de tornos y correas; más posterior á él, Andrés Venel idea una cama de extensión con el mismo objeto; pero con la suerte de generalizarse muy pronto y constituyendo un verdadero furor de modas, especialmente en Alemania primero, y después en Francia, patria del autor.

Lachaire, en 1827, se opone enérgicamente al uso y abuso de los aparatos ortopédicos de toda clase, incluso los sillones y camas anteriormente expuestos, é inicia su tratamiento por medio de los movimientos y actitudes, que es ahogado bien pronto por Bouvier, desgraciadamente, y originando, á mi juicio, un gran retraso en este estudio con su teoría mal interpretada, y que levantó una enorme barrera que impidió é impide llegar al fin beneficioso deseado para la ciencia y para los desdichados enfermos. Velpeau y Guerin creyeron ver en las retracciones musculares primitivas ó consecutivas á una lesión del sistema nervioso central, la causa de las desviaciones del raquis y hasta del sistema óseo en general, llegando en consecuencia á proponer Guerin la miotomía raquidiana. Por último, Bouvier fundamenta la suya en la anatomía patológica, y la explica diciendo estar constituída la escoliosis por deformación de las vértebras y ligamentos intervertebrales, sin que sea necesario para originarla que existan para nada contracturas de músculos ni otras lesiones de índole análoga, siendo quizá el verdadero causante de todo esto el raquitismo; y pretende explicar que si se han visto en las autopsias alteraciones de estos músculos, todo ello ha sido producido por la inmovilidad del esqueleto, dando un carácter secundario á estas lesiones musculares.

En resumen, podemos sintetizar todas las teorías expuestas en dos grupos: 1.°, teorías óseas y ligamentos; 2.°, teorías musculares. Dentro del primer grupo se encuentra los que la atribuyen al raquitismo como manifestación local de un estado general, originándose por varios mecanismos, ya como arguye Sechaw, por una especie de absorción de las apófisis articulares, que se puede presentar en la adolescencia por estar todavía mal formadas, borrándose por la presión unilateral, ya por la acción de la gravedad que actúa sobre el esqueleto en vías de crecimiento, existiendo debilidad pasajera en los ligamentos y músculos espinales.

Después de fundamentar estas teorías á sus autores, parece ser que aún no les satisfacen en grado suficiente para convencer á los demás, y agregan otras causas más racionales en verdad, bautizando á las ya expuestas con el calificativo de predisponentes inme-

diatas, pues es necesario *una causa que rompa el equilibrio normal de las dos mitades del cuerpo*, y entre éstas se encuentra el permanecer habitualmente sentado sobre una cadera, ó apoyarse sobre un solo miembro abdominal, siendo muy frecuente la primera en las escuelas, así como también la miopía, que obliga á inclinar el cuerpo á un solo lado cuando se cose ó escribe.

Dentro del segundo grupo ó de teorías musculares, tenemos la de Guerin, de la retracción muscular primitiva, llegando en consecuencia á proponer la miotomía de los músculos raquídeos; la de los que sustentan que los músculos de un lado son más potentes ó poderosos que los del opuesto, ó sea la del desequilibrio potencial muscular, y, por último, la paralítica, originándose la escoliosis por retracción compensadora muscular, si bien ésta última puede considerarse como variedad de la anterior.

Tales son, someramente bosquejadas, las teorías que el ingenio médico ha forjado para poder explicar y dar de este modo una satisfacción á su inteligencia sobre la génesis de la deformidad en estudio. Ahora bien; llegamos á un punto preciso, en que debemos preguntarnos: ¿es importante y de trascendencia para el tratamiento de la escoliosis el cimentar una buena teoría etiológica? De serlo alguna de las estudiadas, ¿puede satisfacernos para dicho fin?

Desde luego podemos sentar el principio, que es de trascendencia innegable el formular una teoría etiológica lo más exacta posible dentro, dicho se está, de lo que la teoría puede dar, porque al pedirla más ya no recibiría tal nombre, pasando á la categoría de ley científica, y todos están conformes en las útiles indicaciones que se derivarían para el tratamiento. Respecto á si puede satisfacernos alguna de las teorías emitidas, diremos que por sí solas no, por carecer de los elementos primordiales de razonamiento para llegar á la convicción.

Sabemos que todo fenómeno patológico tiene su punto de emergencia ó partida en un estado fisiológico, siendo necesario para que aquel que se produzca que se rompa el equilibrio que da la modalidad de este estado, para después seguir su evolución patógena si no hay agente terapéutico que se oponga y repare sus perniciosos efectos. Pues bien: tenemos aquí el primer punto sobre el que ha de basar nuestra observación en el estudio de la teoría etiológica de la escoliosis, que es y no puede ser otro, sino la causa que origine el desequilibrio (1) funcional del raquis, y por derivación tenemos que

(1) Y hasta aquí conformes con los sustentadores de las teorías, que creen de necesidad el desequilibrio, si bien no lo estoy con que las califiquen de causa predisponente, por la razón esencial de que creo no existen tales causas, pues desde el momento en que desequilibran, producen lesión ó enfermedad.

la columna vertebral por sí, es decir, considerada como tal columna ósea, no tiene actividad propia, dándosela ó impulsándosela única y exclusivamente los diversos músculos que tienen ataduras en sus apófisis, pues son los que la movilizan de su posición estática, haciéndola apta para otra clase de funciones á ella encomendadas distintas á la de ser columna de sostén. Ahora bien: veamos qué funciones son éstas, y á qué músculos les está encargada cada una de ellas, y tenemos en primer lugar la muy importante, cuyo fin es la flexión y extensión del tronco sobre la pelvis; el cómo se realiza, todos lo saben, por deslizamiento de las apófisis articulares de las vértebras, apenas apreciable si se observa entre dos de ellas; pero que sumando todo el trabajo parcial de las que la constituyen, permite desarrollar un arco de ángulo bastante abierto; les está encomendada esta función á los músculos erectores del tronco, que lo son: interespinosos, triceps espinal, dividido en sus manojos sacro-lumbares, cervical descendente, dorsal largo, transversal del cuello, espinoso de la espalda y multifido del espinazo, no tiene importancia directa para el estudio que nos ocupa; en segundo lugar, tenemos las inclinaciones laterales, que tampoco afectan muy de cerca á la génesis de esta deformidad, y de la que también están encargados gran parte de los músculos anteriormente citados; y por último, otra labor provechosa, que ha de efectuar la columna raquídea, es servir de punto de apoyo y de resistencia á todas las fuerzas que han de desarrollar los músculos de la espalda, y que por razón lógica y natural ha de ser así por tener sus inserciones en las apófisis espinosas de todas las vértebras, y como sabemos son trapecio, latisismo, romboídeo, y en menos intensidad para el objeto que nos guía, los dos serratos y el angular.

Practicados estos escarceos á manera de calas sobre el terreno, nos encontramos ya con tierra firme donde cimentar, y tenemos una columna rígida, en posición estática, pero suceptible, por su gran número de articulaciones, de variar de posición en el momento que fuerzas que la rodean la solicitan; estas fuerzas encuentran amplio camino á su marcha cuando su empleo es prudencial y con un fin útil al organismo, como lo son las ya enumeradas; pero en el momento que su aplicación tiende á perjudicar estas funciones, hay otras fuerzas también que contrarrestan ó anulan á la perturbadora, y en tal estado las cosas, siguen su curso natural; cuando existe perturbación, nace de que la columna vertebral se desvía de su dirección normal sin realizar la rectificación inmediata. ¿Quién puede hacer esto? No me cansaré de repetirlo, que estando la columna entre fuerzas iguales, por ser pares todos los músculos que en ella tienen inserción, se han de contrarrestar las energías por ellos desarrolla-

das, y el raquis ha de permanecer derecho; pero en aquel momento que un lado actúe con una energía continuada mayor que el otro, la desviación se manifestará, virtual primero y real después. En efecto; así ocurre cuando por determinada ocasión funcionamos más un miembro torácico que el opuesto; pero en el instante que cesa del trabajo, cesa consiguientemente la deformación, porque los músculos que trabajaron, agotados ó cansados, se dejan influenciar por la fuerza de los compañeros del opuesto lado que rehacen la columna á su posición normal.

¿Mas ocurre siempre este hecho, y acaso es preciso que la fuerza que actúa sea tan grande que de una sola vez ó impulso deforme el raquis? De ningún modo: no siempre los otros músculos se encuentran en disposión de enderezar entuertos, aunque la desviación originada haya sido insignificante, no por falta de voluntad, sino de energías, y más débiles se dejan llevar pasivamente, siendo el efecto inmediato la deformación raquídea, haciendo notar que una vez roto el equilibrio estable potencial que hace mantener la columna en posición, ésta va aumentando en progresión geométrica día por día, resultando que á cierto tiempo la potencia desarrollada representa un gasto de fuerzas enormes, y lo sobrado para si de una sola vez fuera posible haber actuado sobre la columna, sería suficiente para desarticularla y romperla, razón por la cual se explica el por qué es tan difícil, en grados avanzados de escoliosis, reducir aunque no sea más que una pequeña parte la desviación; pues representa tal suma de energías, que hay que facilitar al músculo opuesto, imposible de dárselas rápidamente, pues aunque se las facilite en pequeña cantidad, diaria y persistentemente, no hay que olvidar que la curvadura avanza en progresión geométrica, y no podemos alcanzarla; aparte de otro orden de consideraciones, como la anquilosis y deformidad de la masa ósea vertebral, imposible de recomponer ó deshacer sus soldaduras, ya bien establecidas y consolidadas.

Descrita la teoría, veamos las causas que determinan el desequilibrio potencial muscular productor de la escoliosis. Para ser metódicos, las dividiremos artificiosamente, como lo es toda clasificación, en intrínsecas y extrínsecas, refiriendo las primeras á lesión primitiva del sistema muscular, y las segundas, aquellas otras en que la lesión, también muscular, obra por derivación compensadora, por obedecer alguna vez á otras deformidades del esqueleto. En el primer grupo nos encontramos: 1.°, parálisis de un lado con integridad del opuesto; 2.°, parexias; 3.°, atrofias y degeneraciones; 4.°, exceso funcional de un miembro torácico. En el segundo grupo: 1.°, desigualdad de longitud en los miembros abdominales; 2.°, posiciones ó aptitudes viciosas de los niños en las escuelas al leer, escribir ó

coser, haciéndolo tomando punto de apoyo en una sola cadera; 3.°, miopía, por la misma razón generadora anterior; todas ellas, mediata ó inmediatamente, lesionan los músculos, y dan origen, por todo lo expuesto, á la formación de la escoliosis.

De la sola exposición de estas causas se derivan consejos muy importantes para la profilaxis, y nada más preciso y necesario que inculcar estas nociones á los maestros para que, bajo una inspección y vigilancia rigurosa, impidan á los niños que se encuentren bajo su férula que adopten las ya mencionadas posiciones, pues generalmente son las escuelas taller donde se manufacturan esta clase de desviaciones. Nada he de decir á los padres, pues éstos tendrán buen cuidado, en cuanto observen el más insignificante pronunciamiento ó elevación de la escápula ó del hombro de un lado, enviar el niño al médico, pues en tan crítico momento es ocasión oportunísima para que se haga desaparecer por completo.

*Tratamiento.*—Hago omisión del largo historial de corsés, corazas y otra clase de aparatos empleados, que en parte han sido ya mencionados, pues es casi regla en medicina que lo que no cura daña, pues hasta el ser inocuo perjudica, porque impide el hacer; y particularizando en el caso concreto objeto de estudio, no sólo llegaba á no hacer, sino que sobrepasaban el límite y hacían manifiesto daño. Férrea, consistente y complicada armazón recubría el tórax y abdomen de las desgraciadas víctimas sometidas para purgar penas de su desgracia al inquisitorial método del emparedamiento ambulatorio años tras años; y como ocurre siempre, y coincide en todo caso la aparición de la deformidad con el período de crecimiento, comprimían, dolorían y deformaban más y más, por no siempre estar á tiempo y ocasión de cambiar por otro adaptable á las nuevas dimensiones que alcanzaba el paciente, pues era bastante costosa su adquisición, amén de lo antihigiénico, por trastornar grandemente la transpiración cutánea normal, lo molesto en todo tiempo, y especialmente en verano, en que los á ellos condenados participaban del martirio de San Lorenzo, y, por último, ser cobijo de suciedad, germinador de malos olores é incubadora de insectos parásitos que venían á glorificar el tormento; todo ello hace, para bien de la ciencia y remisión de dolientes, que fallemos que debemos condenar, y condenemos al olvido eterno, toda aquella clase de artefactos.

Aplicación práctica de la teoría.—*Enunciados.*—Existen tres etapas ó estadios en el desarrollo de la escoliosis: 1.° La deformidad se inicia y hasta es manifiesta, pero es susceptible de curación. 2.° La deformidad, ya muy manifiesta y con más de dos años de desarrollo, pero que aún no lesiona vísceras importantes, en tal

caso no es susceptible de rectificación ó curación completa; pero sí nos encontramos á tiempo de evitar sus progresos deteniendo la marcha en el estado que la encontremos. 3.° La deformidad se nos presenta en tal estado, que ni el individuo apenas si puede andar, y existen lesiones graves de las vísceras que han perdido sus relaciones normales anatómicas dislocándose, é ítem más, se hallan afectas en otros de enfermedades que por sí solas ya tienen pronóstico grave.

*Resolución.*—Primer caso: el factible, del que nunca se debió pasar, y en el que el tratamiento responde siempre. Iniciados ya, como debemos de estar por la observación del enfermo, de la causa originaria del desequilibrio, la indicación inmediata que surge es suspensión de ella, si se refiere á actitudes viciosas; si se trata de desigualdad en la longitud de los miembros abdominales, plantillas supletorias que nivelen su longitud; si miopía, el empleo de lentes y la rectificación de posiciones; si la causa está inclusa en el primer grupo en que las dividimos, nada previo hay que hacer, pues entramos directamente en el tratamiento de la deformidad, excepto en aquel caso que, por excesivo funcionar de un miembro torácico, ha sido el origen del desequilibrio; entonces cesación de dicho trabajo, supliéndolo en todo momento con el opuesto, aparte de otras prácticas que luego expondremos.

Visto que la causa, siempre persistente, de la desviación vertebral es la debilitación potencial de las energías musculares de un lado, no existe razonablemente otro tratamiento que darle esas energías perdidas; y aún más, para que retraiga la columna á su posición primitiva, ¿con qué medios ó elementos contamos en nuestro arsenal terapéutico para conseguirlo? Pues con la masoterapia, la kineterapia y la mecanoterapia. Apliquémoslo: primero, masaje á los músculos en vía de atrofia ó degeneración; segundo, ejercicios activos y pasivos de esos mismos músculos, cuya técnica es de aplicación sencillísima, pudiendo realizarlos el enfermo en su casa, consistiendo en ejercicios de brazo y tórax, pudiendo efectuarlos en tres formas:

1.° En sesiones de media hora, repetidas en el día tres veces, para lo cual se coloca el enfermo acostado sobre el lado de la deformidad en una cama ó mesa de plano horizontal y duro, y que no tengan cabezal ó almohadas, y ejecuta ejercicios de abducción y adducción del miembro torácico, coincidiendo con los movimientos respiratorios, la adducción con la inspiración, y la abducción con la espiración, durante los primeros días sólo el brazo; mas los siguientes, con pesas de gimnasia, que se variarán en aumento gradualmente.

2.° En las mismas sesiones, con el empleo de anillas, suspendiendo el cuerpo del brazo correspondiente á la concavidad, y verificando movimientos de extensión y flexión, al mismo tiempo que se procura respirar ampliamente, correspondiendo la flexión á la inspiración y la extensión á la espiración; también puede modificarse el uso de las anillas con el empleo de poleas con pesos.

Y 3.° La aplicación del taburete ó banqueta de plano inclinado, en el que debe sentarse el enfermo, sin que los pies fijen en el suelo; es decir, que se encuentren colgantes, correspondiendo el lado de la curvadura al declive del plano; se elevará á la posición vertical el brazo de la concavidad, y el otro se llevará á la espalda en semiflexión, y permanecerá con la cabeza derecha y la mirada horizontal un tiempo prudencial, que se aumenta á medida que se habitúa el paciente hasta el momento en que se aprecie temblor ó cansancio muscular, pues esta posición obliga á la fatiga pronto, durante las primeras sesiones, por las grandes energías que se desarrollan para mantener el equilibrio, sin caerse por la parte del declive del plano; y ahí existe explicada la teoría del aparato, que no es otra que excitar ó estimular las tracciones del lado de la concavidad; este taburete, que se graduará en inclinación según el grado de desviación, deben de poseer en sus casas los escoliósicos, y practicar sus ocupaciones ó labores en él, procurando del mismo modo variar en todo ejercicio de coser, escribir, etc., por el brazo opuesto á la convexidad. Son coadyuvantes, pero no imprescindibles para auxiliar la curación, la asistencia á los gabinetes ó institutos mecanoterápicos, en donde existen verdaderas máquinas de ingeniosa construcción y de descripción complicada; pero el fin no es otro que verificar lo ya expuesto, pudiendo regularizar todos aquellos ejercicios con más precisión; y son muy útiles, repito, siempre que estén dirigidos estos institutos mecanoterápicos por profesores especialistas. Con los medios ya indicados, y con perseverancia durante un período de un año, algo menos ó algo más, según su grado, se consigue la rectificación á su posición normal.

*Segundo caso.*—La deformidad, ya muy manifiesta, y con más de dos años de desarrollo, pero aun no lesiona vísceras importantes. Para su tratamiento, hay que referirnos en todo y por todo al método curativo anterior, y únicamente debemos de pensar como indicación especial en buscar algún sencillísimo aparato que contenga y retrase el avance progresivo de la lesión durante el primer período de tratamiento, para que de esta manera, en los períodos de calma y hasta que logremos vigorizar el lado opuesto en grado suficiente, no nos inutilice deshaciendo la beneficiosa obra que laboramos, pues no debemos olvidar que la desviación aumenta en progresión geo-

métrica, y dado el estado en que se nos presenta de larga fecha de acción, mucho tenemos que andar para anularla, ya que no otra cosa podamos siquiera, al menos en sus progresos; así que nuestro ideal está, en este particularizado caso, en lograr una estación de espera, una tornapunta que contenga el edificio que amenaza desplomarse, mientras los albañiles ejecutan las obras oportunas de reparación; esto, que en arquitectura se tecnifica con el nombre de *apeos*, que ya dadas fin las referidas obras para nada servirán dichos apeos y se quitarán por resultar cosa inútil; pues bien, ese es el objeto de nuestro aparato, que se construirá con un razonamiento científico, y que abarcará las dos esenciales bases en la construcción de ligereza y de no provocar molestia. Como el fin que nos proponemos es dejar sin función al grupo muscular, causante del desequilibrio, á ello ha de atender en tercera condición, y lo conseguiremos suspendiendo y relajando esos grupos musculares. ¿Pero es factible todo esto mecánicamente? Yo creo que sí; y lo elemental para obtener el resultado apetecido, es un vástago ó tutor con muletilla axilar, cuyo punto de apoyo y resistencia debe basarse en un cinturón pelviano, aplicándose éste del lado correspondiente á la convexidad; cumplido todo ello, el aparato será útil, y luego, adórnenlo como quieran. De entre los que se fabrican y el comercio ortopédico expende, conozco dos, que con algunas modificaciones ligeras en el sentido expuesto, son susceptibles de llenar la indicación: uno, ideado por el Dr. Martínez Gatica; y otro de aluminio, metal, como se sabe, bien poco pesado, si bien tiene también el inconveniente de coraza, pero pudiera simplificarse; hay otros de celuloide, á los cuales les cabe la misma modificación en llenando las condiciones esenciales referidas.

*Tercer caso.*—La deformidad se nos presenta en tal estado, que el individuo apenas si puede andar, y existen lesiones graves de las vísceras que han perdido sus relaciones normales anatómicas dislocándose, y en otros se hallan afectos de enfermedades, que por sí solas ya tienen pronóstico de gravedad. Para tal situación de cosas huelga todo planeamiento terapéutico, y no nos queda otra cosa que hacer que alentar y dar ánimos, ya que por desgracia no podamos contar con otros medios; pero, afortunadamente, estos casos se suceden con muy rara frecuencia, y el descuido que se impute á los padres ó á los que rodean al enfermo de tal naturaleza, que muy rara vez se da, pero sí alguna, y con una que exista, ya es suficiente para constituir el hecho real y efectivo; á veces, sin ser el descuido tan manifiesto, ha podido avanzar la deformidad tan de prisa, que bien puede constituir una modalidad que podemos llamar galopante, recorriendo su evolución en breve tiempo, y sin que en todo

él ni tan sólo una vez se haya intentado oponerse á su marcha invasora, concurriendo en el enfermo el ser habitante de aldeas de difícil acceso á grandes centros de población. De todas suertes, para tan lamentabilísimo estado, no se me ocurre ni disponemos de otros medios que ordenar la aplicación de los aparatos de sostén del sistema ya descrito, con las modificaciones que sugieran para ser adaptables á tan horrorosa escoliosis, y de esta manera procurar siquiera, mediante lo que la suspensión pueda rectificar, que bien pequeña cosa será, un mediano desahogo funcional de las vísceras dislocadas y aprisionadas. Ayudemos esto de un plan higiénico apropiado: administración de reconstituyentes (también esto último aplicable á los casos anteriores), y si el caso se nos complica más con la aparición de una enfermedad de la que ya por sí sola constituya pronóstico de gravedad, entonces y después, repito, no nos queda á vuelta de todo más que confortar al enfermo con una esperanza de curación no realizable, un consuelo para sus deudos y una demostración caricaturesca de lo que puede llegar á ser la escoliosis si no se ataja, que sirva de acicate para que se interesen por evitarla aquellos profesionales que tienen tal misión.

Creo queda cumplido el objetivo de mi propósito, y réstame sólo recomendar, si bien ninguna autoridad me asiste ni me reconoce para ello, pero supliéndolo con mi buena voluntad y deseo, la aplicación práctica de la teoría expuesta, y muy pronto tendrían que felicitarse los que se acogieran á ella.

## LA VIDA AFECTIVA DE LOS LOCOS

Por el Dr. Abdón Sánchez-Herrero

**Director del Sanatorio del Pilar; de la Beneficencia municipal, por oposición.**

La Psicología nos enseña que el progreso, tanto individual como colectivo, es fruto de los actos. No siempre que el sér se decide á ejecutar, lo hace consultando á la fría razón. Veces hay en que es movido por el solo sentimiento. Profundizando en el estudio de la Historia, nos apercibimos de que el amor y el odio constituyen los móviles primeros de las acciones humanas. Existen hombres que viven para amar, como, por ejemplo, Juan el Evangelista y Francisco de Asís. Otros que son siniestras personificaciones del odio, como Judas, Tiberio y Nerón, y distan tanto entre sí éstos de aquéllos, que cuesta trabajo pensar que pertenecen todos á la humanidad. Ahora bien; si, como dijo un gran pensador, *del corazón mana la vida,* considerando la totalidad de la existencia de un individuo, nos daremos cuenta de su valor moral. Alguien ha dicho también que

se conoce á una persona por los pequeños detalles de su vida privada mejor que por los aparatosos de su vida pública, en los cuales mil respetos sociales le impiden que se revele como verdaderamente es. ¡Cuántos tienen el dón de disimular tan perfeccionado, que son caracteres indescifrables para el observador!

Destinado el hombre á convivir con sus semejantes, teniendo que tropezar á diario con caracteres opuestos al suyo, con voluntades discordes, sólo puede mantener la armonía entre elementos tan variados, que por necesidad han de intervenir en su vida, con el ejercicio de esa virtud admirable de la abnegación que nos hace olvidarnos de nosotros mismos, para consagrarnos á procurar el bien de los demás. Como el progreso del espíritu consiste en el mejoramiento sucesivo de todas sus facultades, no hay que considerar terminada la tarea de nuestra autoeducación con la posesión de la ciencia, sino que hay que cultivar también el sentimiento, para aumentar sin tregua nuestro amor á todos los seres. Por no tener en cuenta que el progreso completo es el objeto, vemos muchas veces sujetos muy instruídos en una ciencia especial, muy retrasados en la bondad, y otros muy buenos, de instrucción rudimentaria. Aspecto de la cuestión que debe llamar la atención de nuestros educadores, ya que dicen y escriben que lo que se proponen conseguir con sus esfuerzos es la *educación integral* de la juventud.

Penetrando ahora un poco más en el fondo de la cuestión, vemos que el sentimiento tiene tres grados, que marcan intensidades diferentes del proceso afectivo, y son éstos: el *interés,* el *afecto* y el *amor*. La causa que determina la simpatía entre dos que conversan, es la semejanza de las ideas, la analogía de puntos de vista, que son resultado de un adelanto parecido en ambos. Simpatía que, acentuándose, da lugar al afecto que llamamos *amistad,* del cual al amor sólo media, al tratarse de distintos sexos, un paso. Este último es la ley de atracción que rige al mundo moral, es la clave de la relación interpsíquica, es lo que la gravitación en el cosmos y la afinidad en las reacciones químicas. La suprema ley. Sin este sentimiento, no existiría la familia, que es la verdadera molécula social, así como el individuo es el átomo (Alcina). Y sin familia no habría sociedad posible. Pero quien dice amor, dice *ausencia de egoísmo,* y la vida entera de un alma que ame, no es sino una serie de abnegaciones en provecho de otro; mientras que el egoísta coloca la dicha en sí, el caritativo esta dicha la coloca en otro, y sólo así puede alcanzarla.

De modo que el ideal en esta materia consiste en que el individuo no sea avaro de su sentimiento, como por desgracia se ven muchos; que no circunscriba su amor al reducido círculo de su familia

y amigos, siéndole indiferentes los demás, si no que lo extienda á la humanidad en su conjunto y á las cosas que le rodean en cualquier lugar y tiempo. Cuanto más se aproxime á este ideal un hombre, tanto más sociable será y menos egoísta. Pues bien; hemos de convenir en que bastantes que se aprovechan de las ventajas que la vida social ofrece, no comprenden los deberes que ella impone. No sólo esto es cierto; también lo es que quien con la reflexión haya anulado en sí el egoísmo, comprenderá la justicia; pues son éstos dos sentimientos solidarios, y seremos justos con nuestros semejantes cuando simpaticemos con ellos. Tal es el mecanismo del desarrollo del sentimiento en el seno de la sociedad humana. Mas cuanto he dicho se refiere á sujetos cuerdos y de inteligencia algún tanto cultivada; la vida del sentimiento se altera por completo en la alienación mental, y es esta alteración la que me propongo estudiar. Siendo esta enfermedad una pérdida de las relaciones normales del sujeto con el mundo exterior (Krafft-Ebing), no podía menos de alterarse el sentimiento, que es una de estas relaciones.

El primer fenómeno que llama la atención es la *animadversión hacia los suyos*. Es una desconfianza que no se apoya en ningún fundamento real, pero es intensa. Ocurre así en el primer período de la melancolía vesánica y en el período inicial de la paranoia persecutoria. Si la sitofobia aparece, es porque creen capaces de intoxicarles á los que les rodean. Han envenenado los alimentos, por cuya causa los rechazan. Ante esta sospecha, desaparecen los afectos naturales, y el enfermo reacciona como si se viese asistido por enemigos. Es peligroso por este mismo motivo; porque considera legítimo defenderse de los que abrigan acerca de él tan perversas intenciones. Luego hay profunda perversión de la vida afectiva. Conciben simpatías intensas y repentinas por personas extrañas; en ellas depositan todo su afecto y de ellas esperan eficaz ayuda. Generalmente adornan á esta persona, con quien han tenido un tratato muy superficial, de cualidades morales de que carece. La suponen interesada por su situación, cuando nada de esto existe (*falta de sentido crítico*). Y siempre hablan de ella con la consideración del inferior al superior.

Como la locura es un estado en que no existe el freno de la razón, que es el dique opuesto á la animalidad en el sujeto cuerdo, los instintos inferiores se exaltan. El afán de destruir es grande; destruyen para vengarse de sus supuestos enemigos inutilizándoles los objetos de su pertenencia (*odio á las cosas*); pronto se hace imposible la convivencia con ellos en sus domicilios, y se impone el traslado inmediato al manicomio. Algunas reglas, á propósito de éste, no serán inútiles ni para los médicos generales, poco acostum-

brados á la asistencia de enfermos de esta clase, ni para las familias que se vean en tan doloroso trance. Se debe conducir al enfermo, engañado, al establecimiento, aprovechando su idea delirante principal, de la que ha de depender el plan que se trace, y la volición debe sugerírsele con habilidad al paciente, como si naciera espontáneamente en él. Muchas veces la intervención de los parientes es dañosa, y deben aprovecharse los servicios de algún amigo, por quien tenga el enfermo simpatía, porque entonces ya no hace resistencia.

Una vez en el Sanatorio, mi costumbre (si el enfermo conserva algo de lucidez) es darle una explicación sencilla del objeto de su ingreso, insistiendo mucho en que la estancia será breve, y en que pronto podrá volver á su casa y dedicarse á sus ocupaciones habituales. En el caso de que el enfermo haya perdido la razón por completo, es innecesaria esta explicación. En el régimen manicomial hay que establecer una cuidadosa distinción entre *agitados* y *tranquilos*. La convivencia de los primeros con los segundos ofrece peligros. El público debe preferir aquellos sanatorios que pueden dedicar á cada enfermo una habitación particular, y si es posible, con un criado destinado á su servicio exclusivo, si los allegados manifiestan este deseo. La generalidad de los enajenados son indiferentes para sus compañeros; la locura rompe los lazos de fraternidad de los hombres entre sí, y hace renacer, al mismo tiempo que los instintos inferiores del espíritu, el más descarnado egoísmo. Es muy frecuente oirles burlarse los unos de los otros, y la vigilancia tiene que ser inteligente y continua para evitar que se hagan mal. Otros, por el contrario, no manifiestan deseo alguno de reunirse con sus compañeros, y hacen una vida solitaria, sin salir jamás de su habitación, y aun presentando serias dificultades para que éntre nadie á hacer la limpieza. Estos suelen ser los perseguidos, en el período de explicación delirante. Y lo mejor es dejarles tranquilos y evitarles la relación inter-psíquica que de esa manera tan tenaz rehuyen. En general, el alienista debe ser hombre de pocas palabras y de resoluciones rápidas, porque lo que se necesita en primer término en esta especialidad (como en la vida) es voluntad. Tampoco puede prescindirse de una paciencia á toda prueba en el trato con las familias, que no se cansan jamás de preguntar al médico sus impresiones, en particular respecto al pronóstico del caso.

Yo difiero de la manera de pensar de otros alienistas. Se ven algunos que aconsejan el trabajo mental á estos enfermos. Me parece arriesgado sostener que haya ventaja en excitar la función transitiva del cerebro, cuando lo que debemos buscar es reposo, para que el espíritu descanse y no se entregue á la labor de interpretación

que le es propia. Cuando el telégrafo no funciona, el telegrafista se se repone. Nuestro esfuerzo debe dirigirse á mejorar la nutrición general y la encefálica; por tanto; indicación muy importante y aplicable á cualquier especie de locura. Al mismo fin coadyuva la prolongación del sueño, que tiene por resultado avivar la nutrición del órgano. Ningún médico tendrá ocasión de arrepentirse si aplica estos preceptos, deducidos lógicamente de las leyes de la Fisiología y de la Psicología.

Uno de los motivos de mayor disgusto que tiene el alienista es la salida prematura del enfermo sin acabar de curarse. Este hecho se debe á diversas causas: unas veces, la precaria situación económica de las clases menesterosas les impide, contra su deseo, continuar el tratamiento, y esto es una cosa disculpable: su remedio estriba en poner pensiones á su alcance en los establecimientos privados; otras, se efectúa por el consejo de personas profanas, que quieren entender más que el técnico y que suponen, *porque sí,* que el enfermo está curado, sin estarlo. No es lo malo que existan tales gentes, porque ignorantes indiscretos habrá siempre; lo peor es que sean atendidos. Urge inculcar en el ánimo del público que si la Medicina entera es la ciencia más difícil que existe, la Psiquiatría es la parte más obscura. Es, por decirlo en una frase, *la Metafísica de la Medicina.*

---

## LA SUTURA METALICA PERMANENTE EN LA CURA RADICAL DE LAS HERNIAS INGUINALES Y UMBILICALES

POR EL DR. PABLO LOZANO
Del Instituto Rubio.

El interés que ofrece y las dificultades que presenta el obtener la cura radical de una hernia, lo patentiza el número extraordinario de procedimientos operatorios, empleados para la consecución de este fin; por este motivo considero oportuno el indicar en este Congreso el resultado satisfactorio que se obtiene con la sutura metálica permanente, puesta en práctica por primera vez en el Instituto Rubio por el ilustre cirujano Dr. Cervera, y ejecutada después constantemente por cuantos en dicho Instituto operamos hernias.

El número de hernias operadas en el mencionado Centro quirúrgico, en el transcurso de diez años, asciende á 347, y en todas ellas el operador, cualquiera sea el procedimiento empleado, termina por suturar con hilo de plata, replegando la pared anterior del conducto inguinal, y estrechando el anillo externo de este conducto si no

ha incindido dicha pared, ó aproximando los colgajos que resultan al hacer la incisión de la misma en toda su extensión; práctica esta última que yo siempre sigo y aconsejo, por razones que no creo oportuno señalar en este momento.

Tan sólo dos reproducciones de hernia se han observado é intervenido nuevamente entre los 347 operados por este sistema. En la primera de estas reproducciones se trataba de una hernia umbilical en una mujer muy obesa; y en la segunda, de una hernia inguinal en un catarroso operado por mí.

En la reproducción de la hernia umbilical, la rotura de un punto de la sutura entrecortada que se le aplicara facilitó la formación de la nueva hernia. En el enfermo de la hernia inguinal, la puerta de salida hallábase entre el espacio comprendido entre el ligamento de Poupart y el punto más inferior de la sutura: los hilos de plata que formaban la sutura entrecortada hallábanse enquistados en tejido fibroso, denso y resistente, y ofrecían, en cuanto á su aspecto y propiedades físicas, las mismas condiciones que presentaran estando recién colocados, á pesar de hallarse encerrados durante catorce meses en el interior de los tejidos; lo que pudimos comprobar al tiempo de cortar tres puntos de sutura, con el fin de desprender las íntimas adherencias que existían entre el saco, el cordón y las paredes del conducto inguinal.

Como supusimos que las causas de esta reproducción habían sido, por un lado, la tos pertinaz que el enfermo padece, y por otro, el haber dejado más espacio del estrictamente preciso para la vitalidad del cordón espermático entre el último punto de sutura y el ligamento de Poupart, al reoperar al enfermo empleamos el procedimiento de Halsted, que creemos de mayor eficacia, por permitir calcular mejor el espacio necesario para el paso de dicho cordón; consideración que nos ha decidido á adoptar el procedimiento mencionado en las siete operaciones de cura radical de hernia inguinal que hemos practicado en los cuatro últimos meses.

Como se ve, el número de reproducciones que hemos tenido ocasión de intervenir con relación al número total de operados es insignificante; y tanto por la excelente marcha post-operatoria como por la resistencia que la sutura metálica permanente presta á las regiones inguinal y umbilical, creemos nos será permitido sentar las siguientes conclusiones:

1.ª La sutura metálica permanente la toleran perfectamente los tejidos, y bien sea por lo fácil que es la esterilización del material, ó porque su naturaleza metálica no permite se la incorporen elementos patógenos, es lo cierto que la cura por primera intención es la norma en la marcha post-operatoria, pues si en ocasiones contadas

se presenta alguna supuración antes de la cicatrización de la herida, se agota en breves días, cosa qué no suele suceder con otras suturas permanentes.

2.ª La sutura metálica perdida presta resistencia á las paredes del vientre, y esto es una circunstancia que dificulta, si no imposibilita, la reproducción de la hernia.

Y 3.ª Esta resistencia, por un lado, y por otro la imposibilidad material de alcanzar una aproximación completa de los bordes de las grandes aberturas que acompañan á las hernias voluminosas y de ancho cuello, y por tanto una cicatrización fácil, impone á nuestro juicio en tales casos, la aplicación de la sutura metálica, con el fin de obtener una oclusión completa que se oponga á la reproducción de la hernia operada.

# REVISTA DE ESPECIALIDADES

POR EL PROFESORADO DEL INSTITUTO RUBIO

---

## Anestesia.

**La morfo-escopolamina en obstetricia.** (*Gaceta de los Hospitales.* Perú, Lima. Enero de 1908.)

El Dr. D. Rafael de La Puente publica un notable trabajo en el citado periódico, cuyas principales conclusiones copiamos á continuación:

«La ánestesia en los partos normales por el método de la escopolamina-morfina está basada en las propiedades de estos dos alcaloides, pues mientras que los efectos hipnóticos y anestésicos de ambos se agregan el uno al otro, los efectos opuestos, que aisladamente ejercerían sobre la fibra uterina, se compensan uniéndolos, asegurando así su inocuidad y aumentando su poder anestesiante.»

Previo examen de la paciente y desinfección de la parte (un miembro cualquiera), se practica una inyección hipodérmica de 0,07 de morfina y 0,003 de escopolamina, que se toman de soluciones separadas y que se juntan en una jeringa de Pravaz al tiempo mismo de practicar la picadura.

El sueño se ha presentado constantemente entre los diez y ocho á los veinticinco minutos, desapareciendo por completo el dolor.

Las contracciones siguen regulares y son sensibles, porque la parturiente da señales de su presencia, llevándose las manos al vientre y quejándose levemente; al interrogarla, dice no sentir ningún dolor, y vuelve á quedarse dormida.

La conciencia se conserva inalterable, pues se dan cuenta exacta de lo que les rodea, hablando con perfecta lucidez cuanto se les pregunta.

El corazón aumenta sus latidos de 3 á 5 por minuto; pero el pulso se mantiene lleno y regular. La respiración no se afecta; en todas se ha presentado sed y dilatación pupilar, bien manifiesta á los treinta minutos. La duración de sueño oscila entre seis á ocho horas.

En ninguna parturiente se han presentado accidentes consecutivos: ni cefalalgia, ni náuseas, ni vómitos, y la temperatura normal, así como el despertar, alegre.

En el niño tampoco se notan efectos nocivos.

La secreción láctea no es modificada ni en cantidad ni en calidad.

Las contraindicaciones son: las lesiones avanzadas del aparato circulatorio y las alteraciones renales antiguas.

---

**La anestesia total por la raqui-stovainización.** (*Gaceta Médica de Caracas (Venezuela).* 15 Febrero 1908.)

Los cirujanos partidarios de esta clase de anestesia no se han contentado con la producida en la región abdominal y miembros inferiores, sino que han ensanchado su esfera de acción al pecho, miembro superior y cabeza.

Mientras llega la hora de los fracasos, he aquí las operaciones que el Dr. Chaput ha verificado, con *algún que otro accidente:*

Las dosis empleadas han sido las corrientes en este procedimiento.

Las operaciones practicadas, 17 en el tórax, cuello, miembros superiores y cabeza.

La mayoría han *necesitado inyecciones de afeina,* por la excesiva palidez del rostro.

---

**Las soluciones salinas y la cloroformización.** (*Gaceta Médica del Norte.* Abril de 1908.)

Jamás han sido estudiados con más empeño que en nuestros días las diferentes cuestiones que se relacionan con la anestesia quirúrgica. Pruébanlo trabajos publicados sobre la raquiococainización, estovainización, escopolamina-morfina, máscaras y aparatos diversos destinados á la aplicación del cloroformo.

En este orden de ideas, el Dr. Burkhardt ha practicado recientes experiencias, en la clínica quirúrgica del Instituto Farmacológico de Wurzbourg, sobre la utilidad de las soluciones salinas, antes de proceder á la cloroformización necesaria de un acto quirúrgico, con el objeto de facilitar la anestesia, aumentando la tolerancia del organismo hacia el medicamento y su eliminación subsiguiente, evitando en lo posible la albuminuria renal.

Esta mayor tolerancia para el cloroformo en los animales se manifiesta todavía más cuando, variando la concentración de los vapores de aquél en el aire, se le hace respirar durante el mismo lapso de tiempo una cantidad mayor del narcótico.

Para explicar esta acción tan singular de las soluciones salinas, el citado médico invoca los estudios de Trissot.

Se sabe que el peligro de la narcosis clorofórmica reside principalmente en el descenso de la presión sanguínea, el cual es tanto más acentuado, cuanto mayor cantidad de cloroformo haya pasado al torrente circulatorio.

Partiendo de este hecho, el Dr. Burkhardt ha practicado una serie de experimentos destinados á demostrar hasta qué punto el descenso citado se halla influído por la dilución de la sangre, realizado por medio de las soluciones salinas empleadas durante la narcosis.

He aquí lo que ocurre en los gatos traqueotomizados que respiran una mezcla titulada de aire y cloroformo, y cuya carótida se une á un aparato registrador:

El animal respira, por ejemplo, una mezcla, conteniendo 1,20 gramos de cloroformo por 100 litros de aire, y al poco tiempo la presión sanguínea baja de un modo notable. Si al cabo de algún tiempo se continúa la narcosis con una mezcla de 5 decigramos por 100, la presión sube.

Ahora bien: si en el momento en que la presión baja de nuevo al emplear la mezcla primera, amenazando con la muerte al animal, se le da una solución salina, sube la presión, en términos que puede continuarse dando sin peligro la mezcla anestésica concentrada.

Estas experiencias, variadas en formas diversas, demuestran que los animales soportan una concentración mortal de vapores clorofórmicos; que las condiciones normales de la actividad cardíaca y de la circulación se restablecen muy pronto; que la solución salina conserva en gran parte la excitabilidad del nervio neumogástrico.

Todos estos hechos que reducen considerablemente los peligros de la cloroformización, resultan de la dilución que sufre la sangre, disminuyendo, por lo tanto, el coeficiente de absorción del cloroformo por dicho líquido, oponiéndose de este modo á la depresión sanguínea.

Desde hace cuatro meses, estos hechos experimentales se están aplicando en la clínica quirúrgica de Wurzbourg. Todo enfermo que ha de sujetarse á una intervención operatoria grave ó de larga duración, recibe, un cuarto de hora ó media hora antes, una inyección intravenosa de 1.500 á 2.000 c. c. de una solución fisiológica de cloruro sódico, sin que se haya presentado accidente alguno.

En cambio, la narcosis clorofórmica gana en seguridad, advirtiéndose que el pulso es bueno durante la operación, y los accidentes post-clorofórmicos, tales como la cefalalgia, náuseas, vómitos, etc., faltan por completo ó se reducen á una intensidad muy pequeña.

Por lo tanto, las soluciones salinas se imponen desde luego en las operaciones de cardíacos, caquécticos, y en general á los débiles, para evitar un contratiempo funesto.

Dr. Fermín Martínez Suárez

## Cirugía del aparato digestivo.

**Á propósito del signo llamado de Rovsing y de su valor en el diagnóstico diferencial de la apendicitis,** por P. D. (*Archiv. des Maladies de l'Appareil Digestif et de la Nutrition*, núm. 6, Junio 1908.)

El profesor T. Rovsing, de Copenhague, escribió en *Centralblatt für Chirurgie*, 1907, núm. 43, 26 Octubre, un artículo titulado *Provocación indirecta del dolor típico en el punto de Mac-Burney. Contribución al diagnóstico de la apendicitis y la tiflitis.* He aquí su resumen:

En la primavera de 1904 vió dos enfermos que habían tenido fiebre y dolores en la fosa ilíaca derecha, en una palabra, el síndrome apendicular.

La intensidad del dolor hacía la palpación de la fosa ilíaca imposible, estimó peligroso hacer presiones sobre el foco apendicular, y pensó entonces en provocar el dolor en el punto de Mac-Burney por «presión sobre el colon descendente en la fosa ilíaca izquierda»; la elevación de la presión y la tensión exagerada del gas en el extremo central del colon, debía despertar el dolor en la región ceco-apendicular, oponiéndose la válvula de Bauhim al paso de gases del ciego al intestino delgado. En uno de los enfermos el resultado fué negativo; pero en el otro, «la simple compresión del colon descendente provocaba en seguida, con la rapidez del rayo, dolor vivo en el punto de Mac-Burney». Operados, se halló en el primer enfermo un flemón perirrenal, y en el segundo, apendicitis superada.

De 1904 á 1907, Rovsing buscó más de cien veces este síntoma, y concluye:

«La significación de este síntoma es doble:

»1.° Es considerable en el diagnóstico diferencial de numerosos casos de apendicitis aguda y crónica, con existencia de tumefacción y dolor en la fosa ilíaca de origen incierto, pudiendo ser debidas á afección renal, cálculo ureteral, ureteritis, salpingitis, etc. Sólo en el caso que el ciego y el apéndice están atacados, la presión sobre el colon descendente sano provoca este síntoma.

»2.° En los casos agudos en que la palpación directa es peligrosa, imposible ó muy dolorosa, la del colon descendente provoca inmediatamente, y sin peligro, en caso de apendicitis, el dolor típico en el punto de Mac-Burney.»

En 22 de Febrero de 1908 (*Centr. für Chirurgie*, núm. 8), C. Lanenstein, de Hamburgo, refería la observación de un hombre en que el signo de Rovsing le hizo diagnosticar apendicitis, hallándose en la operación apéndice sano; colecistitis calculosa aguda, de lo cual deduce Lanenstein que este síntoma debe existir en todas

las inflamaciones paracólicas; en su caso, la vesícula, muy grande, descansaba sobre el colon y el epiplón adherido á la vesícula.

A estas reservas, ya serias, se añadieron las críticas más documentadas de A. Hoffmann, de Karlsruhe (*Centr. für Chir.*, núm. 17), que ha buscado el síntoma de Rovsing en 34 casos, de ellos 18 de peritiflitis, y ha comparado su valor con el del punto de Mac-Burney.

En los 18 casos de peritiflitis fué hallado tres veces, y en dos había exudados en la cavidad peritoneal libre.

El punto de Mac-Burney no faltaba más que cuatro veces (dos apendicitis retrocecales, una pelviana).

En 13 casos (parametritis, salpingitis, pelviperitonitis sin apendicitis), el síntoma de Rovsing fué comprobado tres veces; en tres casos, dice Hoffmann, en que el diagnóstico diferencial era muy difícil, y de los cuales uno presentaba al mismo tiempo el punto de Mac-Burney.

Hoffmann concluye que el signo Rovsing falta cuando el peritoneo no está inflamado; existe en personas que no tienen apéndice, y puede ser comprobado después de la ablación del apéndice después de cerrado el vientre. En un caso le comprobó invertido: la presión derecha suscitaba dolores izquierdos. Cree que es por inflamación peritoneal, y puede ser provocado en un punto cualquiera por presión directa ó indirecta. De lo que deduce que no tiene ningún valor patonogmónico.

Rovsing responde á estas críticas (*Centr.*, núm. 17) con su experiencia de tres años y medio. Según él, Hoffmann describe el síntoma de manera defectuosa: provocación de dolor apendicular por presión á distancia sobre el colon descendente, breve y brusca. Rovsing, por el contrario, procede así: la mano izquierda, puesta de plano sobre el abdomen, avanza por el lado derecho á lo largo de la cintura pelviana hacia la fosa ilíaca izquierda; es necesario rechazar hacia adelante las asas delgadas y apretar fuertemente el colon sobre el plano resistente subyacente. Entonces los dedos, que comprimen enérgicamente, ascienden con dulzura hacia el ángulo esplénico, de modo que el contenido del colon, por presión acentuada, influya sobre el ciego. El método consiste en una elevación de presión realizada únicamente en el colon.

Procediendo de esta manera, Rovsing ha comprobado siempre este síntoma, sin ninguna excepción, en los casos de «endoapendicitis», en los cuales el punto de Mac-Burney faltaba; son estos los casos en que aparece más claro, cuyo hecho echa por tierra la teoría de Hoffmann, que la considera como signo de inflamación del peritoneo.

Rovsing no pretende que su método tenga pleno éxito en todos

los casos; exceptúanse las perforaciones en plena cavidad peritoneal, las peritonitis difusas con meteorismo...

¿Qué deducir de esta discusión? El signo de Rovsing es poco conocido en Francia; sus afirmaciones y las críticas ajenas enseñan que merece ser averiguado y discutido con gran cuidado.

---

**Tratamiento de la invaginación aguda,** por F. Parker. (*The Hospital.* 20 Junio 1908.)

La reducción espontánea de la invaginación en casos diagnosticados es muy rara; la curación puede tener lugar por eliminación de las partes gangrenadas del intestino; pero si sobreviene, lo que es muy raro, queda una constricción anular, que puede ser más tarde origen de obstrucción. Lo más frecuente es que la muerte sobrevenga en tres ó cuatro días, por lo cual es necesario no dejar á esta afección seguir su curso natural.

Las inyecciones intestinales de líquido ó gas dan con frecuencia buen resultado, pero sólo en los casos en que se llega muy pronto; sin embargo, las recidivas por el tratamiento no son raras. Serán empleadas en los casos ligeros, y en aquellos en que la operación es rechazada ó imposible.

En la mayoría de enfermos, el único tratamiento es la laparotomía, seguida de la reducción del intestino ó de una operación para restablecer su permeabilidad. Para reducir el shock, siempre serio en estos casos, el enfermo debe ser colocado en una habitación bien calentada, rodeados los miembros de huata y la superficie del cuerpo descubierta lo menos posible.

La operación debe ser hecha con rapidez, no prolongándola más de veinte minutos, siendo necesario un asistente experimentado. La anestesia debe ser tan ligera como sea posible. *Parker* prefiere en estos casos el cloruro de etilo, administrado con la mascarilla Brewer; el shock es menos grave que con el cloroformo, y el enfermo se repone con más rapidez de la anestesia.

Cuando se procede á la inyección, es necesario hacerla lentamente y con mucha dulzura, porque se ha visto al intestino romperse por la presión. Los líquidos son preferibles al aire, y quizás la leche caliente es mejor que el agua; demanda la inyección quince á veinte minutos para ser aplicada, y durante ella se deberá coger el tumor con los dedos y seguir los progresos de la reducción.

Aun si ésta parece completa, el autor aconseja hacer en la región del ciego una incisión de pulgada y media, para asegurarse de que la reducción está bien hecha. Si la inyección fracasa, es necesario hacer en seguida la laparotomía.

La incisión se hace en la línea semilunar derecha, si se siente el tumor á la derecha; pero cerca de la línea media, si es vago ó se sospecha la gangrena del intestino. Si al examen se hallan lesiones gangrenosas, es necesario no reducir en seguida, sino palpar el vértice de la invaginación, y después rechazarla de la vaina, á fin de deshacer la invaginación. No se debe jamás hacer tracciones; son inútiles y peligrosas. Si el tumor no es reductible por completo, aunque no haya gangrena, lo mejor es resecar la porción irreductible.

Si existe gangrena, es necesario escindir el intestino enfermo y suturar sus extremos, ó bien después de la escisión colocar tubos Paul fuera del abdomen, y en una segunda operación se cierra el ano artificial.

Contra el shock se administrarán inyecciones salinas subcutáneas de estricnina y enemas de leche peptonizada. Se dará un poco de opio para disminuir los movimientos peristálticos.

Dr. R. L. y Yagüe

## Cirugia general.

**La leucocitosis en la apendicitis,** por Kotke. (*Deut Zeitscch fur chir.* Bd. LXXXVIII, p. 387.)

El autor da cuenta en su trabajo de las investigaciones hechas en el servicio de Sonnenburg, concediendo gran importancia á este asunto, para establecer un tratamiento oportuno.

En vista de la variedad de problemas que presenta la apendicitis y su importancia, bajo el punto de vista de diagnóstico y pronóstico, conviene relacionar en las observaciones la leucocitosis con el pulso y la temperatura.

Para diferenciar los casos en su grado de gravedad, da el autor el método siguiente: Temperatura de 37°,9 = pulso de 96 y una leucocitosis de 14.000, corresponden á un apendicitis simple, catarral. La ascensión paralela de las tres curvas con síntomas clínicos graves; temperatura 38,°2, pulso 116, leucocitosis 20.000, anuncian modificaciones patológicas serias, á nivel del apéndice, pero casi siempre localizadas. Si aumenta la intensidad de los tres síntomas, en particular la leucocitosis; 38°,5 — 122 — 30.000, se trata, generalmente, de una peritonitis muy extendida; la operación puede hacerse, pero las complicaciones y abscesos secundarios son frecuentes. En caso de pulso más frecuente y temperatura más elevada, si la leucocitosis es menor (1.800), indica una peritonitis generalizada, con reacción leucocitaria débil contra la infección y de pronóstico muy grave.

La incisión de los abscesos hace descender las cifras del pulso,

temperatura y leucocistosis á la vez. Cuando baja bruscamente la leucocitosis y permanecen la temperatura y el pulso elevados, la terminación de la enfermedad es funesta. Antes de la muerte, no es raro comprobar una gran hiperleucocitosis.

En lo que concierne al valor de la leucocitosis para el diagnóstico diferencial, Kotke dice es de poco valor para las afecciones inflamatorias anexiales; por el contrario, es muy importante el análisis de la sangre para establecer el diagnóstico diferencial de la apendicitis con las afecciones litiásicas, en que la leucocitosis aumenta muy poco; con la fiebre tifoidea, en que disminuye; con el cólico de plomo, que no la hace variar, y con el íleus mecánico, en que la leucocitosis permanece baja.

---

**Las formas no peritoneales en la apendicitis,** por A. Chabanon. (*Thèse de Lyon*, 1907-1908.)

Estudia las complicaciones sépticas de la apendicitis, que evolucionan fuera del peritoneo, y que, si bien son más raras que las que se desarrollan dentro de la gran serosa, no son menos interesantes.

En el primer capítulo se ocupa el autor de las consideraciones anatómicas, como base de conocimiento en todas estas complicaciones.

El apéndice está rodeado por tres pedículos distintos: uno conjuntino, otro venoso y otro linfático. El conjuntivo es variable, según la disposición del peritoneo á nivel del ciego ó de la terminación del intestino delgado, y se distinguen: el ciego, flotante; con gran foseta retrocecal; envuelto y con fondo libre; completamente envuelto, y el ciego con meso. En los tres últimos tipos es donde se observan los abscesos subperitoneales, comprendiéndose desde luego la razón. Como estos tres tipos son más frecuentes á medida que el sujeto se aleja de la infancia, se explica que las complicaciones subperitoneales se presenten en el adulto.

El sistema linfático del apéndice, que constituye otro pedículo, se reduce á tres corrientes principales: una que sigue los vasos mesentéricos y con los de la región biliar del hígado, se anastomosan con las vías linfáticas intra-hepáticas; otra que sigue la vía retromesocólica hasta el ángulo cólico derecho, y otra formada por las anastomosis entre los sistemas intra y retro-peritoneales.

Anatómicamente, las complicaciones no peritoneales de la apendicitis pueden agruparse en tres clases: supuraciones del tejido celular subperitoneal; linfangitis y adenitis y trombo-flebitis, que coexisten ó no en el mismo sujeto.

La supuración subperitoneal es lo más frecuente. Las adenopa-

tías supuradas es raro, sobre todo la adenitis mesentérica. Las trombo-flebitis no son excepcionales, y dan á la afección un carácter particular de gravedad, porque por ellas se producen la mayor parte de los abscesos del hígado y del bazo de origen apendicular, dando lugar, también, á la mayoría de las flegmasías alba-dolens.

Clínicamente se encuentran los tres tipos: flemones subperitoneales limitados al tejido celular, retro-cólicos ó que suben hasta el diafragma, las adenitis y las flebitis.

En el flemón subperitoneal, el diagnóstico es muy difícil; se encuentra, de ordinario, un empastamiento profundo de dureza y resistencia especiales, acompañado, algunas veces, de edema lumbar.

La radioscopia es un buen medio de diagnóstico, cuando la colección llega hasta el diafragma, que está entonces muy elevado é inmóvil. En estos flemones no existe ningún síntoma peritoneal, cosa que sucede en las adenopatías apendiculares.

El pronóstico de las formas extra-peritoneales de la apendicitis es muy grave; según el autor, en 12 casos de adenopatías se encuentran 9 muertos (75 por 100 de mortalidad); en 17 casos de infección venosa, 17 muertos, y en 31 casos de flemones subperitoneales, 20 muertos (65 por 100 de mortalidad). Este pronóstico puede mejorarse, sin duda, con una terapéutica juiciosa, porque en 43 operados se encuentran 53 por 100 de mortalidad, mientras que en 16 no operados se observan 16 muertos.

Para abrir los abscesos subperitoneales se elegirá la vía lumbar, rara vez la vía transdiafragmática subpleural, desechando la vía transperitoneal.

La apendicectomía precoz no evita siempre, desgraciadamente, estos abscesos, sucediendo lo mismo con las flebitis y adenitis.

Por estos datos puede juzgarse de la gravedad é importancia de las complicaciones extra-peritoneales de la apendicitis.

---

**De la prótesis inmediata en las resecciones de la mandíbula,**
**por M. Vallas.**

Le *Journal Médical Français*, en el número correspondiente al 15 de Marzo de 1908, da cuenta de la comunicación hecha á la Sociedad de Cirugía de París, en que M. Vallas defiende las ventajas de este método empleado por él, con el concurso del Dr. Martín. Generalmente, se admite que los aparatos de prótesis, colocados en el maxilar inferior para prevenir las deformaciones consecutivas á resecciones, se comportan como cuerpos extraños y no tardan en eliminarse; resultando por esto, no sólo inútiles, sino perjudiciales. La prótesis inmediata está indicada, sin embargo, según Vallas,

cuando se dispone de partes blandas suficientes y limpias para recubrir el aparato. En estas condiciones se tolera bien y se opone á las deformaciones cicatriciales secundarias.

Hay que insistir, por ser de importancia capital, en las reglas siguientes:

1.ª Respetar en las incisiones el contorno del orificio bucal. El músculo que conserva su tonicidad impide al labio resbalar por debajo del aparato, y permite, además, retener la saliva, evitando una gran incomodidad.

2.ª La línea de incisión cervical debe hacerse á más de 2 centímetros por debajo del borde inferior del arco del maxilar. Esta modificación del trazado clásico de la incisión cutánea evita la presión del aparato, precisamente sobre la línea de sutura. Por descuidar este pequeño detalle de técnica, es por lo que se ve en muchos casos que el aparato desune los labios de la herida y sale á través de ella.

3.ª Una vez que el aparato se coloca en su sitio, la condición esencial para que sea soportado es practicar con frecuencia (cada dos ó tres horas) lavados, con bastante presión, en la boca. Para esto, los aparatos de Martín llevan unos conductos por los que se hace pasar el líquido, y así se levantan mecánicamente los restos orgánicos ó alimenticios susceptibles de fermentar, único medio de mantener la asepsia de la boca y de obtener una cicatrización perfecta de las partes blandas.

DR. PALLARÉS

## Medicina interna.

**Tratamiento de la tuberculosis pulmonar por el suero F.**, por el profesor G. Filaritopouls, de Atenas. (*Revue Internationale de la Tuberculose.* Abril, 1908.)

Este profesor ha hecho una comunicación á la Sociedad Internacional de la Tuberculosis comunicando el descubrimiento de un nuevo suero, en cuya composición entra, sobre todo, el extracto de los tejidos de un pescado perteneciente al orden de los Malacopterigios, familia de los Meuronóctidos. Después de largas experiencias, el autor ha conseguido aislar la substancia activa del citado pescado, á la que se deben todas sus propiedades.

El autor da cuenta de cinco observaciones con resultado satisfactorio.

El suero F. tiene por principal virtud levantar el tono general del organismo, aumentando, por consiguiente, la resistencia á la obra destructora del proceso tuberculoso; al mismo tiempo que estimula el apetito, procura un sueño tranquilo y reparador, hace desaparecer la fiebre y disminuye la expectoración. No provoca ninguna

reacción térmica y no posee tampoco acción tóxica alguna. Se comienza el tratamiento con inyecciones de 50 centigramos de substancia activa cada dos días; al llegar al segundo septenario, se pone una inyección diaria hasta el vigésimo día, en que se aumenta á un gramo, tanteando la susceptibilidad individual, porque algunas veces el suero excita la actividad del aparato circulatorio. Hasta el fin de la segunda semana no se suelen observar los efectos del suero, y cuando éstos sobrevienen, hay que continuar el tratamiento un mes por lo menos. Se exigen para la inyección la más rigurosa antisepsia y practicar aquélla lentamente para evitar el dolor. Como sitio de inyección preferible se ha elegido la región retrocanteriana.

**La rino-reacción**, por M. M. Lafite-Dupont et Molinier. (*Gazette Hebdomodaire des Sciences Médicales*. 19 Abril 1908.)

Una torunda de algodón embebida en una solución de tuberculina al 1 por 100, y colocada por espacio de diez minutos en una fosa nasal, da lugar á una reacción especial sobre la mucosa del tabique, que puede ser utilizada para el diagnóstico de la tuberculosis. La reacción aparece á las diez y ocho ó veinticuatro horas de la aplicación, y se caracteriza por la aparición de un exudado localizado, de color blanquecino, de aspecto diftérico, que se deseca y se transforma en una costra muy delgada y transparente, que asemeja una placa de gelatina asentando sobre una mucosa congestionada. Cuando la reacción es francamente positiva, hay siempre extravasación de glóbulos rojos que se desecan sobre la placa, y forman como dos ó tres manchitas hemáticas de 1 á 2 milímetros de diámetro muy características. Si se pretende desprender la costra, se observa que ésta es adherente y que deja después de su caída una mucosa roja sobre la cual aparece una pequeña exudación sanguínea. Abandonada á sí misma la costra, se desprende del cuarto al quinto día, dejando la mucosa completamente normal. La rino-reacción no determina dolor ni romadizo.

**Société de Médécine et de Chirurgie de Bordeaux**, por M. Mongaur. (Seance du 21 Fevrier 1908.)

Yo he sido uno de los primeros en poner á los clínicos en guardia contra los peligros de la oftalmo-reacción. Por consiguiente, he de dar la preferencia á cualquier otro procedimiento que evite toda experimentación sobre un órgano tan delicado como el ojo. La rino-reacción reune la ventaja de que sustrae al enfermo de poder comprobar él mismo los resultados obtenidos. De todos modos, creo que

los días felices de la tuberculino-reacción, hablando en general, han pasado. Como ha demostrado Arloing, en la Sociedad de Biología, esta reacción se reduce simplemente á un trastorno vaso-motor que puede presentarse en todos los individuos portadores de una toxina vaso-dilatadora, como la del bacilo Eberth, por ejemplo.

---

**En contra de la oftalmo-reacción de Calmette,** por A. M. Ramsay. (*The Lanert.* Marzo 1908.)

El autor refiere el caso de una muchacha de doce años, admitida en la enfermería Real de Glasgow, con una ulceración superficial de la córnea derecha. Hacía dos años padecía una lesión análoga en el ojo izquierdo. Se instiló en el ojo derecho una gota de la solución de tuberculina al 1 por 100. No habían pasado veinticuatro horas cuando se presentó una violenta reacción inflamatoria en dicho ojo, con gran derrame muco-purulento, edema palpebral y espesamiento de la conjuntiva. La inflamación se propagó hasta la córnea, que se ulceró en el área central. Porteriormente, se sometió á esta muchacha á la inyección subcutánea de la tuberculina antigua de Koch, consiguiendo una notable mejoría en las condiciones del ojo izquierdo; mas no así en el derecho, que permaneció sin variación. Por fin, después de varios meses, comenzaron á retrogradar las lesiones en el ojo afecto; pero quedando una considerable opacidad en el centro de la córnea, y por lo tanto, muy entorpecida la visión.

DR. A. MUT

## Medicina legal.

**Quelques cas d'identification d'empreintes digitales,** por el Dr. Eug. Stockis. (*Archives d'Anthropologie criminelle et de Médécine Légale*, núm. 172, del 15 de Abril de 1908.)

Las impresiones de los pulpejos digitales que dejan los delincuentes sobre los lugares del delito, han servido ya en más de una ocasión para determinar la identidad de los autores (1); dichas impresiones son producidas por los dedos manchados en sangre ó embebidos solamente por el sudor del individuo; en este caso, una reacción resalta más las ya visibles ó hace aparecer las que no eran visibles; por esto se recomienda á las personas encargadas de las primeras investigaciones sobre el lugar de un crimen traten con los más grandes cuidados estas huellas.

---

(1) E. Stockis: «La recherche et l'identification des empreintes digitales.» *Rivista di polizia giudiziaria scientifica.* Palermo, 1907, núm. 2.

que tiene motivos para sospechar de una manera general), nos condujo á reconocer la no-identidad de estas impresiones y alejar una inculpación de gentes contra las cuales la justicia no tenía ninguna prueba suficiente.»

El autor, en la última parte de su trabajo, vuelve á recomendar, para revelar las impresiones poco visibles, su procedimiento de coloración con el Soudan. Para las impresiones bastante viejas emplea la solución de Soudan alcalinizada, según la fórmula propuesta en histología por Herxheimer. Para las impresiones sobre el papel, cartón, madera, que no soportarían la inmersión en la tintura colorante, utiliza la aspersión de polvos colorantes, lo más frecuentemente el rojo escarlata, mezclado con licopodio; esta mezcla se fija enérgicamente sobre las líneas papilares, como el mismo Stockis lo demostró en 1906 ante la Sociedad de Medicina legal de Bélgica, y no tiñe el soporte, inconveniente que presentan el polvo de grafito, utilizado en el servicio antropométrico de París, y la tinta Gardot, recomendada por Forgeot. Para el papel rosa ó rojo, el polvo de indofenol conviene más que el índigo y el kaolin, preconizados por Wind y Kodicek.

Stockis ha podido fotografiar directamente las impresiones sin coloración previa, mediante la iluminación oblicua. En un caso se trataba de una impresión del dedo medio, modelado en una mancha de estearina; en el curso de un robo, los malhechores se iluminaron, sosteniendo con las manos una bujía fijada sobre el fondo de una taza. Una gota de estearina que cayó sobre la pared externa de aquélla, recibió una impresión muy clara de uno de los dedos. Bastó en este caso fotografiar directamente la mancha, para obtener con iluminación tangencial imágenes suficientes para la comparación.

Finalmente, Stockis demuestra en este trabajo, cuyo valor á nadie se oculta, la utilidad de las pruebas fotográficas de las impresiones. «Constituyen las mejores piezas de convicción, y al mismo tiempo la más sólida garantía dada al peritaje.»

---

**La alienación mental y los errores judiciales,** por el Prof. J. Ingegnieros. (*Archivos de Psiquiatría y Criminología*, año VI.)

Con frecuencia los jueces no interrogan ni oyen á los acusados; no conceden la suficiente importancia á los dictámenes de los médicos forenses y condenan á un delincuente alienado. Este error judicial tiene las más graves consecuencias. No es lo mismo habitar la cárcel que el manicomio. Un alienado recluído en un manicomio goza de asistencia, protección y beneficios; en su carácter de enfermo, muy distintos del tratamiento que se aplica á un penado en una

cárcel. Los perjuicios morales y materiales que resultan para un individuo y para sus allegados, son muy diferentes si ha sido condenado y recluído en una cárcel, que si se le declara irresponsable y asila en una casa de alienados transitoria ó definitivamente.

En el caso que describe Ingegnieros concurrieron tres causas de error:

1.ª El delincuente fué procesado por un delito cometido en estado de alienación y en condiciones que lo hacen depender directamente de su perturbación mental.

2.ª El procesado lo fué sin que durante la sustanciación de la causa se sospechara su locura, condenándosele como si fuese responsable y mentalmente normal.

3.ª El penado cumplió—hasta el último día—el tiempo de su condena, sin que en la cárcel se reconociera su alienación.

Como complemento de estos tres errores judiciales concurrentes en un mismo sujeto, al cumplir su condena fué abandonado en la vía pública en pleno estado demencial.

Se trata de un tal Jessien, enfermero, condenado por hurto, sin examen, á dos años de prisión; cumplida la pena, llamó la atención en la vía pública por sus síntomas de alienación; fué puesto en observación y recluído en el manicomio. Ingegnieros diagnostica parálisis general progresiva; en efecto, el síndrome es el siguiente: sífilis terciaria, impotencia precoz con erotomanía, apetito voraz, disminución de las sensibilidades, desigualdad pupilar, signo de Argill-Roberson, disartria, disgrafia, reflejos tendinosos exagerados, marcha parésica, temblor grueso en las manos, temblores fibrilares en la lengua, conducta demencial, actitud incoherente, ideación ilógica, delirio de las grandezas incoherente y enorme, perturbaciones graves de la memoria, parabulias demenciales, trastornos afectivos múltiples é intensos.

El diagnóstico fué confirmado anatomopatológicamente en la mesa de autopsias.

Para dar una *prueba material* del diagnóstico formulado, Ingegnieros reproduce el único escrito que pudo conseguir de Luis Jessien, de varias líneas, y que le costó media hora de trabajo. «Quien haya visto alguna vez escrituras de paralíticos generales, no necesitaría más que este documento para hacer su diagnóstico absoluto y definitivo. Además de las perturbaciones en la ejecución material de la escritura (discinesiografía), se reflejan allí sus ideas delirantes de grandeza (dislogias gráficas) y los errores de contenido gramatical (disendografías), todo ello asociado á los caracteres de una mentalidad demencial. Esta página podría servir de prototipo de la escritura en la demencia paralítica.»

Teniendo en cuenta la evolución de la enfermedad, no cabe la menor duda (y lo demuestra Ingegnieros) de que Jessien robó estando ya en el período prodrómico de la enfermedad; él mismo propalaba su delito, no intentando nunca disculparse. Durante su estancia en la penitenciaría evolucionó todo el período megalomaníaco, una «locura á gran orquesta». Sale á la vía pública, y por sus actos y palabras la policía le reconoce como un loco.

«Como conclusión del caso de error judicial expuesto, podemos decir que se habría evitado si los jueces supieran un poco de patología mental é interrogaran alguna vez á los encausados; si los defensores de pobres se ocuparan de verlos alguna vez; si los médicos de cárceles examinaran sistemáticamente á los encausados y detenidos. (Esto se practica ya en varias cárceles de la capital federal.) En una palabra, si no se olvidara que detrás del delito y del sumario hay un delincuente de carne y hueso, de cuya personalidad física y mental no se puede prescindir si se quiere hacer justicia de verdad.»

ANTONIO LECHA-MARZO
Interno de la Facultad de Valladolid.

## Neurología y Electroterapia.

**Reumatismo articular crónico primitivo, debido á una insuficiencia tiroidea provocada,** por el Dr. Acchioté, de Constantinopla. (*Revue Nourol.*, 30 Mai 1907.)

El autor refiere la observación llevada á cabo en una joven que, á consecuencia de un tratamiento por las rayos de Röntgen, practicado con el fin de hacer desaparecer una hipertricosis del menton y del cuello, sufrió dolores reumatoídeos, localizados primero en los pies, después en la rodilla derecha y en los miembros superiores. Estos dolores iban acompañados de tumefacción; el estado general se resintió bastante, y la enferma se quejaba de ahogos, de dispepsia, de palpitaciones cardíacas y de somnolencia. En fin, se hallaba en un estado neurasténico muy acentuado.

Si bien todos los órganos se encontraban en estado normal, y la orina no contenía trazas de albúmina, pudo comprobarse, no obstante, que el cuerpo tiroides había disminuído notablemente de volumen. Mr. Acchioté pensó, pues, en la hipotiroidia, atribuyendo esta insuficiencia de la glándula á la radioterapia, con tanto más motivo, cuanto que desde las primeras aplicaciones de los rayos Röntgen la enferma había aumentado sensiblemente de peso, y las manifestaciones reumáticas aparecieron á la duodécima sesión. Después de la diez y ocho se notó la aparición de infiltraciones edematosas, hinchazón de la cara, etc. Era evidente, pues, la atrofia de la

glándula tiroides por los rayos X. Esta atrofia del tiroides es, por lo demás, idéntica á la ya observada por Schönberg en las glándulas genitales. Mr. Acchioté, basándose en las experiencias de Revilliod, expuestas en el Congreso de Lausanne de 1895, admite la relación entre la atrofia de la glándula tiroides y los fenómenos reumáticos que presentaba la enferma, haciendo notar que toda la medicación antirreumática había fracasado en casos análogos á este, y que la modificación en el funcionalismo del tiroides sobrevino solamente á consecuencia de sesiones repetidas de rayos X á nivel del cuello. Por consiguiente, las primeras manifestaciones de la insuficiencia tiroidea fueron las lesiones reumáticas observadas, las cuales desaparecieron gracias á la opoterapia por la tiroidina, quedando curada la enferma.

De las conclusiones del autor resulta que la hipotiroidia puede ser la causa de muchos reumatismos, toda vez que éstos se curan rápidamente por la opoterapia.

En cuanto á los rayos de Röntgen, su aplicación á nivel del cuello, largo tiempo prolongada, es peligrosa, si no se tiene cuidado de proteger la glándula tiroides.

---

**El masaje y la ionización en las afecciones articulares,** por el Dr. Dray. (*Revue de Therapeut. médico-chirug.*, 15 Juillet 1907.)

En las artritis subagudas con dolores perfectamente localizados que se acompañan á menudo de trastornos motores y de desórdenes funcionales de todo un miembro, debe siempre empezarse por someter al enfermo á la electroionización salicílica; después de un corto número de sesiones, puede pasarse al tratamiento manual, que será tanto más fácil de practicar cuanto más completa haya sido la desaparición de los dolores.

Más tarde habrá que proceder á una acción esclerolítica por medio del ion cloro ó del sodio, en aquellos casos en que haya tendencia á la rigidez articular sin participación predominante de los tejidos óseo y cartilaginoso. En estos casos se empleará la electroionización y el masaje en una misma sesión, empezando por la primera y con un eléctrodo de grandes dimensiones.

---

**Afección de los nervios ópticos por el empleo del atoxil,** por el Dr. Fehr. (*Deutsch. Med. Wocheus*, núm. 49, 1907.)

En dos casos de enfermedades crónicas de la piel, tratados por el atoxil, ha observado el autor lesiones graves del nervio óptico con visibles modificaciones de la pupila y estrechamiento considerable del campo visual.

La afección óptica puede aparecer de modo súbito, ó bien establecerse lenta y progresivamente, y su evolución puede igualmente seguir una marcha más ó menos rápida.

Los fenómenos de intoxicación general no se observan siempre al mismo tiempo que la afección ocular, no existiendo, por consiguiente, paralelismo alguno entre ambos grupos de síntomas.

En los cuatro casos hasta hoy observados se ha podido apreciar, en el comienzo de la afección, un estrechamiento considerable del campo visual, principalmente del lado nasal; no existe escotoma central, pero se observan desde luego modificaciones en el fondo del ojo, particularmente un adelgazamiento considerable de las arterias retinianas con palidez de la papila.

El autor llega, pues, á la conclusión de que el empleo prolongado del atoxil, aun en dosis moderadas, puede afectar el ojo, provocando una lesión del nervio óptico. Esta lesión puede muy bien á veces conducir á la pérdida completa de la función visual. No obstante, según ha observado también el autor, es posible obtener la regresión de los fenómenos morbosos suspendiendo inmediatamente la administración del tóxico.

Hay, pues, que admitir en estos fenómenos, provocados por el atoxil sobre el nervio óptico, la existencia de un proceso inflamatorio periférico con alteraciones vasculares.

También Koch ha observado en África, en los enfermos tratados por medio del atoxil, 22 casos de amaurosis.

DR. E. VILCHES

## Osteo-artropatías.

**¿Es ó no conveniente la llamada gimnasia escolar para la escoliosis?** por Blenke (Magdeburg). (*Zeitschr. f. orthop. Chir.* Bd. 8, n. 4, H. 1. 595.)

Para aclarar esta cuestión, remitió Blenke una circular acerca de este asunto á un buen número de conocidos ortopédicos. El resultado de esta información, así como los extractos de publicaciones de otros autores, fueron diferentes. Mientras que Lorenz, Hoffa, Joachimsthal, Vulpius y Lange son de opinión de que es conveniente una gimnasia escolar para la escoliosis, pero bajo el control de un ortopédico, y sólo en casos sencillos, Müller, Schaur, Bieselski y Schulthess defienden el concepto de que la escoliosis solamente puede ser tratada por el médico, puesto que el profano difícilmente es idóneo para hacer semejante cosa, y por ignorancia fácilmente omite un tratamiento oportuno. Además, se corre el peligro de aumentar el número de curanderos. El mismo autor considera como ventajosa tal clase de gimnasia, con tal que se haga bajo la direc-

ción de una profesora de gimnasia instruída de exprofeso, y además empleada de un modo permanente. La elección de los casos, un tratamiento especial y el constante control por médicos especialistas, son las condiciones necesarias para evitar perjuicios posteriores, procurando al mismo tiempo que se divulgue el modo de conocer tal deformidad en su principio.

---

**Un caso de cadera en resorte de los dos lados, combinada con subluxación voluntaria de ambas cabezas femorales,** por Preiser (Hamburg). (*Zeitschr. f. orthop. Chir.* 18. Bd., 1-2. H. l. 113.

Preiser refiere un caso en el que el paciente podía efectuar voluntariamente desde la juventud la subluxación de las cabezas femorales por la acción muscular. Además de este caso se citan otros dos: el de la madre del paciente, y otro, acerca del cual informó Deutschländer. La subluxación voluntaria y la reposición tenía lugar por encima del borde posterior de la cavidad cotiloídea, y se verificaba ambas veces con claro ruido de resorte. La existencia en este enfermo de ligeros pies valgum y genu-valgum, así como la facultad de dislocarse las articulaciones de los dedos, indican cierta relajación de las cápsulas articulares. La simple prescripción de unas plantillas para los pies planos impidió, por lo menos al andar, quizás á consecuencia de modificarse las condiciones estáticas, el saltar de las caderas.

---

**Caso de artritis deformante,** por Conrade. (*Norsk Mag. H. Laegevidenskaben.*) 68. Jahrg. 1507, N. 9.

Mujer de setenta años, que ha vivido siempre en buena posición social. Sin antecedentes hereditarios. Bien reglada, habiendo tenido un hijo. Sin enfermedades hasta los diez y ocho años, que tuvo el tifus. Desde hace veinte años padece de dolores en diferentes grupos musculares, principalmente en los de las extremidades inferiores. Posteriormente se localizaron dichos dolores en las articulaciones de la rodilla y pie. En los años consecutivos se limitó considerablemente el movimiento. Ensayó curas locales extranjeras y nacionales, baños de luz, electricidad, gimnasia y masaje, con cortos ó largos períodos de mejoría. Hace cuatro años, después de una temporada en unos baños de lodo, empeoró, hasta no poder andar ni estar en pie. Existe dolorimiento, inflamación, atrofia muscular. Un tratamiento posterior por medio del masaje, aplicado dos veces al día, dió por resultado, al cabo de medio año, el de que la enferma anduviese con muleta, al año con dos bastones, y al año y medio sin auxilio alguno. En el curso del tercer año de este tratamiento pudo salir

la enferma, dando en la actualidad pequeños paseos. Se ha conseguido disminuir la inflamación articular y mejorar la atrofia muscular. La radiografía confirmó el diagnóstico y demostró la formación de diferentes osteofitos intra y periarticulares.

A. López Durán

## Proctologia.

**Tratamiento operatorio del cáncer del recto.** (*Rev. de Ther. Medico-Chirurgicale.—Revista de Medicina y Cirugia.* Enero de 1908.)

Los peligros principales de la extirpación del recto, dice el doctor M. Berndt, son la gangrena rectal y la infección de la herida y de la cavidad del abdomen. Para evitarlos aconseja operar en dos tiempos, con arreglo á la técnica siguiente:

Sutura del ano; incisión en el borde izquierdo del coxix y del sacro hasta el recto. La herida es taponada con gasa. Incisión del abdómen en la línea media, ó en forma de arco por encima de la sínfisis. El intestino y los ganglios linfáticos se desprenden, haciendo la hemostasia cuidadosamente. El peritoneo se sutura alrededor del intestino atraído hacia abajo. En el hombre se emplea el peritoneo vesical, y en la mujer el del útero y los ligamentos anchos. Se cierra la cavidad del abdomen, se tapona la herida de la pelvis, que es entonces extraperitoneal, y se envuelve en gasa el asa del intestino. Con esto termina el primer tiempo de la operación. El segundo principia en cuanto se acentúa la gangrena del intestino. Consiste en extirpar el cáncer con la porción intestinal gangrenada, empleando para ello el termocauterio, y en sacar la parte superior del intestino á través del ano, fijándola por medio de suturas. Si se cree necesario en los primeros días abrir el intestino, por ejemplo, para dar salida á los gases ó las materias fecales, la herida no corre peligro de infectarse, porque el asa intestinal, que es larga, puede colocarse de modo que sea imposible toda contaminación.

**Supositorios contra las hemorroides dolorosas.** (*Les Causeries Médicales.*)

| | |
|---|---|
| Estovaína | 3 centigramos. |
| Ortoformo | 10 » |
| Solución de adrenalina al milésimo | IV gotas. |
| Extracto de belladona | 1 centigramo. |
| Ungüento napolitano | 3 gramos. |

Para un supositorio.

(*Ivert.*)

**Ablación abdomino-perineal del recto con histerectomía, en un tiempo.** (*Sociedad de Cirugía de Lyon.—Revue de Chirurgie*, Janvier 1908.)

M. Langoutte da cuenta de una mujer de sesenta y seis años que presentaba, durante un año, alternativas de diarrea y constipación, terminando por falta completa de las deposiciones durante diez días. Como el vientre estaba timpanizado, la palpación abdominal nada dejaba descubrir, y sólo el tacto rectal acusaba la presencia de un tumor á bastante altura. En su vista, los Dres. Lagoutte y Brian practicaron la operación preconizada por M. Tixier; pero modificada, ó sea en un solo tiempo. Dicha intervención consiste en laparotomía, histerectomía total, sección del colon y liberación del segmento inferior hasta el periné; confección de un ano ilíaco, y luego sutura del peritoneo pelviano y de la pared abdominal; ablación del recto por la vía perineo-vaginal. La longitud del intestino quitado era de 25 centímetros.

Esta enferma tuvo una hemiplegia á los quince días, y falleció á los veinte de operada, á pesar de que el curso post-operatorio fué sencillo.

**Tratamiento de las hemorroides en los niños.** (*Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*. Febrero 1908.)

Un médico ruso ha propuesto un método de tratamiento que cura con rapidez las hemorroides en los niños y el estreñimiento crónico, que es la causa. Practica el amasamiento del abdomen y el de las varices rectales. Con el dedo meñique, mojado en petróleo é introducido en el recto del niño, practica fricciones circulares y de abajo á arriba. Las sesiones deben practicarse diariamente, ó cada dos días, y durar sólo un minuto al principio, y por último, hasta tres minutos. Cada amasamiento de las hemorroides debe ser precedido del abdominal. Después de la tercera ó cuarta sesión disminuyen los dolores al defecar y el volumen de los tumores venosos. La curación de las hemorroides y del estreñimiento se obtiene así en dos ó tres semanas.

**Dos casos de atresia ano-rectal, tipo «Giraldés».** (*Revista Médica Cubana*, Diciembre 1907.)

El Dr. D. Juan J. Soto describe dos casos de atresia ano-rectal, operados por *perineotomía, incisión de la ampolla rectal y sutura de la misma al ano*, terminados por curación, cuya técnica describiré, aunque creo sea conocida de mis lectores.

Posición del enfermo en decúbito dorsal, las piernas elevadas y separadas, levantando con un soporte la pelvis para mostrar bien el periné; incisión en el rafe y colocación de dos separadores metáli-

cos; introducción del dedo hasta tocar la ampolla rectal; prolongación de la incisión y extirpación del coxis, si fuese necesario, y atracción del recto por medio de pinzas. Incisión con tijeras para dar salida al meconio, y después de bien limpio y desinfectado el campo operatorio, sutura con catgut el plano profundo y con seda el superficial. Drenaje del recto y demás cuidados apropiados al caso.

---

**Tuberculosis recto-sigmoídea tratada por el método endoscópico.**
(*La Médicine Scientifique.* Fevrier 1908.)

El Dr. M. Abraud presenta una Memoria á propósito del siguiente caso á la Sociedad de Cirugía.

Hombre de treinta y cuatro años, que hace dos padece de un derrame purulento por el ano. El examen con el rectoscopio de Strauss permite descubrir la existencia de alteraciones que ocupan toda la altura del recto hasta la S ilíaca. Gracias á un tratamiento, consistente en lavados diarios de suero artificial y cauterización con el ácido láctico al 5 por 100 dos veces por semana, después de cocainizada la parte, con ayuda del rectoscopio, el enfermo cura rápidamente.

Los pacientes deben ser colocados en la posición genu-pectoral.

---

**De los tumores velloso y poliposos del recto.** Sociedad de Cirugía de París.
(*Rev. de Med. y Cir. Prácticas.* Febrero de 1908.)

El Dr. Gruenu: El tumor poliposo que el Dr. Schwartz nos ha presentado, y que ha extirpado por las vías naturales, se presta á algunas reflexiones. En estos casos de producciones poliposas ó vegetantes, creo que la excisión de la mucosa es insuficiente, y que no basta operar por las vías naturales; es necesario intervenir por la vía pararrectal, de modo que se pueda hacer una ablación del segmento rectal sobre el que está implantado el tumor, dejando libre una vía de salida; este es el mejor medio de prevenir una recidiva, puesto que, con frecuencia, se trata de un epitelioma.

El Dr. Bazy: He observado tres casos que merecen ser citados. Uno se refiere á una mujer, que, por los datos suministrados por el tacto rectal, hube de diagnosticarla de papiloma del recto; he sabido que se le había extirpado por la vía natural, y después he vuelto á ver á la enferma con un enorme epitelioma. En esta enferma se trataba también de un papiloma pediculado, que extirpé fácilmente; pero al cabo de un año hubo recidiva en forma de epitelioma. En fin, el tercer caso hice una amplia excisión de la mucosa por la vía rectal, y no he vuelto á ver á la enferma.

El Dr. Potherat: Hace algún tiempo vi á un enfermo de setenta y dos años, que tenía un voluminoso tumor velloso del recto; hice la ablación por la vía rectal, por ser ésta fácilmente accesible y por la edad del enfermo, en la que puede ser peligrosa una operación más complicada.

El Dr. Gruenu: Soy de una opinión opuesta. Cuando se trata de un tumor probablemente epiteliomatoso, es necesario hacer una amplia operación, porque las recidivas tienen siempre un gran peligro desde el punto de vista operatorio; si no se extirpa más que la mucosa, es insuficiente; si se extirpa el recto, es peligroso; por lo tanto, es preferible acudir á la vía pararrectal, que ofrece garantías de éxito.

El Dr. Potherat: Pensé hacer una operación paliativa, y por esto no extirpé más que el tumor y la mucosa.

El Dr. Schwartz: Entre los tumores vellosos del recto, los unos son malignos y los otros son relativamente benignos. Mi enfermo tenía setenta y tres años; el tumor estaba bien pediculado y era fácil de extirpar, y, por lo tanto, creí en su benignidad; por estas razones practiqué la operación tan sencilla. En los casos en que se trata de un tumor, al parecer maligno, no dudaré en intervenir ampliamente.

DR. FERMÍN MARTÍNEZ SUÁREZ

## Urología.

**De las albuminurias por supuración en el curso del puerperio**, por el Dr. Charles Thebault. — París, 1907. — (*Anals de Medicina*. Barcelona, Diciembre 1907.)

CONCLUSIONES

En el gran cuadro de las albuminurias llamadas gravídicas, deben distinguirse las albuminurias por supuración.

Estas albuminurias no tienen frecuentemente más que una sintomatología frustrada.

Se les puede encontrar aproximadamente en un quinto de los casos de albuminuria en las embarazadas.

Su diagnóstico no puede ser fijado más que por la busca del pus en la orina de toda mujer embarazada albuminúrica.

Nos pondrá en camino de esta indagación y se la deberá comenzar cuando se compruebe la ausencia de los signos de la albuminuria ordinaria.

Estas supuraciones urinarias reconocen por causa, menos veces el embarazo, que una lesión anterior del riñón ó una infección pre-

existente del aparato urinario, infección que es despertada por el estado puerperal.

El pronóstico es ordinariamente benigno para la madre que queda resguardada de las complicaciones graves de las embarazadas (hemorragia retro-placentaria, accidentes convulsivos).

No obstante, en algunos casos los trastornos pueden necesitar una intervención y agravar así el pronóstico.

Cuando el embarazo llega á término, ó casi á término, el peso del hijo muestra que no ha sufrido en su desarrollo.

Síntomas particularmente graves provocan á veces el parto ó el aborto.

El tratamiento médico basta en la inmensa mayoría de casos.

Si se es obligado á intervenir durante el embarazo, se debe, según el profesor Pinard, intervenir sobre el aparato urinario y no sobre el genital.

Á veces el tratamiento obstétrico será el único que deberá aplicarse, sea la que fuere la época del embarazo, si las lesiones de pielonefritis son bilaterales.

Durante el puerperio, si una intervención es necesaria, se acudirá á la nefrectomía, que basta generalmente para la curación.

Estas conclusiones vienen fundamentadas sobre 14 observaciones: siete personales y siete de M. Wallich, seis de ellas inéditas.

DR. J. GONZÁLEZ TOMÁS

# TRABAJOS DE LABORATORIO

## Y SUS APLICACIONES CLÍNICAS

**De un método para la fácil y pronta demostración del aparato reticular interno de las células nerviosas,** [por Golgi. — Societa Medico-Chirurgica di Pavia. Sesión del 31 de Enero de 1908. (*Il Policinico.* Sezione pratica. Jar. 8, 1908.)

El autor dice que la particularidad de estructura de la célula nerviosa, hasta hoy descrita con el nombre de «aparato reticular interno», ha sido hasta ahora poco estudiado, á pesar de la oscuridad casi completa que reina sobre su significación anatómica. Además, algunos autores (Holmgren, Cajal) dicen encontrar una relación, casi una identidad, entre dicho aparato reticular interno y otro semejante por ellos descrito (trophospongium).

Esto se debe en parte al hecho que los métodos que él ha propuesto para estudio del aparato reticular interno, dando imágenes

de gran nitidez y precisión, no carece siempre de fácil ejecución, y sólo raramente permiten poner en evidencia la dicha particularidad de estructura, á la vez en extenso grupo de células. Por esto se decide á exponer un nuevo método experimentado por él cerca de un año, el cual da resultados constantes y seguros para el estudio del aparato reticular interno, y dando datos constantes que confirman este hecho de anatomía normal, y que pueden aplicarse al estudio de dicho aparato reticular en los casos patológicos. El método consiste esencialmente en una modificación del método de la plata reducido, propuesto por Ramón y Cajal.

El procedimiento seguido es el siguiente:

1.° Fijación durante seis á veinticuatro horas en ácido arsenioso, 1 por 100, 50 partes; agua destilada, 40; alcohol, 95°,20; formalina, 22.

2.° Estancia en solución de nitrato de plata al 1 por 100 durante unas horas.

3.° Desarrollo en la hidroquinone.

4.° Cortar á mano, previa inclusión en parafina, ó mejor en celoidina.

5.° Viraje y fijación de los cortes en cloruro de oro é hiposulfito de sosa.

Y 6.° Blanquear los cortes por el método de Veratti y coloración nuclear.

F. Blasco

---

**Aparición de síntomas urémicos, bajo la influencia del cloruro de sodio, en los animales atacados de nefritis,** por J. Parisots. (*Société de Biologie*, núm. 5, año 1908.)

Las relaciones entre cloruración y decloruración, y la agravación ó mejoría de los síntomas urémicos, han sido ya puestos en claro por los autores; sin embargo, si en el hombre está bastante esclarecida la acción tóxica del cloruro de sodio, no sucede lo mismo en los animales, dice Mr. Parisot. Consignados los resultados obtenidos por diferentes experimentadores (Mrs. Hallion y Carrion Mayer, Ambar, etc.), Mr. Parisot ha hecho ingerir una solución de cloruro de sodio á dos conejos con lesiones renales, los que han sucumbido rápidamente, presentando los mismos síntomas que se observan en el hombre en el curso de la uremia.

Los resultados de experiencias semejantes hechos en nueve conejos han venido á confirmar los hechos anteriores; pero parece que es necesario, para que el cloruro de sodio produzca su acción tóxica (dando lugar al cuadro de la uremia), la existencia de una nefritis anterior.

Estas lesiones renales eran producidas por medio de inyecciones intrarrenales, de cantárida, ácido acético, etc., y tardaban en presentarse quince ó veinte días, por término medio; después se les hacía ingerir cloruro de sodio, de 6 á 20 gramos ó más, y más ó menos rápidamente, según la dosis, y los síntomas de intoxicación, aparecían en el animal al cabo de unos treinta minutos, comenzando casi siempre por alteraciones en el ritmo y respiratorio, que se acelera. De una manera general, los síntomas que ha podido observar Mr. Parisot en sus nueve conejos, son: disnea, consistente las más veces en una aceleración muy marcada, con tipo expiratorio; una sola vez los movimientos respiratorios se hicieron irregulares (sin tendencia al tipo periódico). El corazón se acelera notablemente, alcanzando 250 y 300 pulsaciones por minuto, al mismo tiempo que sus latidos se hacen más violentos; en cuatro casos, la presión arterial está manifiestamente elevada. Una gran agitación del animal, los movimientos de las patas desordenados, y por último, en tres casos se ha presentado un verdadero ataque de eclampsia, con caída de la cabeza hacia atrás. Todos los animales han sucumbido en un lapso de tiempo de treinta minutos á dos horas.

Las lesiones encontradas en la autopsia son muy notables: congestión muy marcada de todos los órganos (pulmón, hígado y riñones en particular); algunas veces las pleuras y el intestino presentan un piqueteado hemorrágico abundante; por último, todos presentaban edema pulmonar con espuma, las más veces rosada, una vez hemorrágica en la tráquea, y espuma sanguinolenta en la nariz del animal.

Se ha encontrado también en el peritoneo, pero sobre todo en la pleura, un líquido seroso, ligeramente rosado, algunas veces muy abundante.

Estos síntomas y estas lesiones constituyen hechos muy interesantes: de una parte, presentan una gran analogía con los que se observan en los urémicos y en sus autopsias; de otra parte, vienen á demostrar la importancia que posee en patología el cloruro de sodio, y en terapéutica la cura de decloruración.

M. Jiménez G. de la Serrana

---

**Sobre la función del cloruro de sodio en la función de aglutinación,** por Arturo Trenisan.

El cloruro de sodio en solución al 2 por 100, inyectado á la dosis de 20 á 40 c. c. en el peritoneo de los conejos, da al suero un poder aglutinante aproximadamente de 1 por 300, durante las seis primeras horas, con los bacilos tífico, coli y piociánico. Si la solución

es más concentrada siendo la misma la cantidad de cloruro sódico, el poder aglutinante aumenta, pero desaparece más rápidamente, porque tanto la absorción como la eliminación se hacen con más rapidez.

¿Hay reacción del organismo con el cloruro de sodio inyectado? No; porque la mezcla *in nitro* de suero normal y ClNa determina aglutinación y, sin embargo, la misma mezcla en agua destilada no produce aglutinación.

La aglutinina debida al ClNa resiste á 60°, es destruída á 70°, atraviesa los dialisadores. El suero aglutinante obtenido de un conejo tratado por el ClNa, es agotado después de su acción sobre los microbios que fijan su aglutinina: estos mismos microbios, hechos independientes, no pueden aglutinarse de nuevo.

En fin: T. confirma las experiencias de Levaditti, estableciendo que el suero de los animales inmunizados contra el tífico y el pociánico, es más aglutinante después de las inyecciones salinas; nota que si la dosis de ClNa es un poco elevada, el suero, además de su poder aglutinante específico, posee un poder semejante sobre otros microbios.—(*Bull. de l'Insti. Pasteur*. 30 Enero 1908.)

DR. MORENO MELGAR

# BIBLIOGRAFÍA

**Manual de medicina interna**, publicado por varios profesores bajo la dirección del Dr. J. V. Mering. Cuarta edición. Versión directa del alemán, por el Dr. D. Miguel Gil y Casares.

En realidad, lo mejor que podría hacerse para presentar este libro á nuestros lectores, sería copiar íntegro el prólogo, que firma el eminente catedrático de la Central Dr. D. Antonio Simonena, quien con tal motivo ha escrito un par de páginas de maestro, dando á conocer la obra al público español. La novedad del libro consiste en que es el primer *Manual* escrito por varios profesores, procedimiento de redacción que hasta ahora sólo se había puesto en práctica en obras más extensas. A pesar de la pluralidad de origen, se observa en toda la obra el empeño decidido y real de escoger lo mejor y más nuevo, y presentarlo al lector todo lo más concisamente posible. Estas condiciones hacen, en mi sentir, á la obra del Dr. Mering muy apropiada para la enseñanza, á la cual parece esencialmente dedicada. Todos mis mayores y más sinceros elogios para el traductor, que ha hecho un trabajo verdaderamente admirable. Y no pretendo

con lo que voy á decir restar un ápice del mérito de este *Manual*, que positivamente le tiene; pero cuando se cuenta con un isagogo de la categoría del Dr. Simonena, y con un traductor del fuste del Dr. Gil y Casares, los autores alemanes llevan por delante gran parte del camino andado para que sus trabajos sean leídos y gusten, como han gustado al que esto escribe, en todos los países donde se hable lengua española.

---

**Archivo de oto-rino-laringología,** del Dr. Rueda.

Esta publicación saldrá á luz trimestralmente, y contendrá exclusivamente los trabajos que se lleven á cabo en la clínica del doctor Rueda, bajo su inmediata inspección. La personalidad científica del Dr. Rueda es harto conocida para que nos detengamos en presentar á una de las figuras de más relieve en la especialidad de garganta, nariz y oídos, y para asegurar que su *Archivo* ha de ser muy leído por todos aquellos á quienes interesen las importantes cuestiones que en él se tratan.

---

**Anales de la Academia de Obstetricia, Ginecología y Pediatría.**

Forman el comité de redacción los Dres. S. Recasens, Goyanes, Arquellada, Becerro, Botella, Romeo, Parache y Clavijo, secretario de actas de la Academia. Nombres tan prestigiosos constituyen la mejor garantía del valor de esta estimable publicación, á la que deseamos larga y próspera vida.

---

**Fundamentos de la gimnasia médica,** por el Dr. Saturnino G.ª Hurtado.

La terapéutica médico-mecánica está dando resultados verdaderamente notables, no solamente en algunas deformaciones y otras lesiones del sistema muscular principalmente, sino que compite y aun aventaja en ocasiones á la Farmacoterapia para combatir ese estado general de debilitación de las funciones «meiopragia», resultado de eliminaciones imperfectas, dinamismos desequilibrados, quimistaxis alterada, insuficiencias hepato-renales y miocárdicas, etc., activando la circulación, tonificando el sistema nervioso y estimulando la vida celular entera. Para el tratamiento de todas estas dolencias cuenta el Dr. Hurtado, en su Instituto de Fisicoterapia, con los mejores aparatos de Zander, Hoffa, Ling, etc., para movilizar articulaciones, desarrollar grupos musculares; además de las insta-

laciones de masaje, duchas, electricidad estática y dinámica, luz Finsen y cuanto es preciso para la corrección y tratamiento de multitud de dolencias tributarias de la gimnasia médica. Deseamos al Dr. Hurtado obtenga merecida recompensa al enorme esfuerzo de inteligencia, voluntad y pecuniario (tres poderes rara vez unidos, que representa su Instituto mecanoterápico).

**Indicación terapéutica del flemón de Fochier en la gripe infantil, por el Dr. Sarabia Pardo.**

El autor da cuenta de siete observaciones de infección gripal grave con predominio de fenómenos nerviosos centrales. El Dr. Sarabia considera obligada la producción artificial del absceso fijador—por medio de las inyecciones de trementina—en todos los casos graves de infección gripal en la infancia, mientras fracasos bien terminantemente no justifiquen lo contrario; y entiende que el momento clínico más oportuno para esta intervención es aquel en que se presente desequilibrio térmico, respiratorio y del pulso. Es muy digno de elogio este trabajo clínico, debido á la pluma de uno de nuestros paidópatas más celebrados.

**La enfermera ó guía de la mujer para la buena asistencia de los enfermos, por D. Cristino Sánchez Ortigosa.**

El distinguido titular del Puerto de Béjar ha publicado una cartilla de conocimientos higiénicos, en forma de instrucciones ó máximas, muy interesante para toda mujer que se dedique á la asistencia inmediata de los enfermos ó que preste su colaboración accidental como enfermera. El Dr. Sánchez Ortigosa merece mil parabienes de médicos y enfermos. «Divulgar los preceptos higiénicos—ha dicho un filósofo—es, por lo menos, una meritoria acción.» Recomendamos la lectura de la obrita del Sr. Sánchez Ortigosa, porque de ella se obtienen provechosas enseñanzas.

DR. A. MUT

# SECCIÓN PROFESIONAL

## Cáncer uterino.

*Conferencia dada por el Dr. Gutiérrez en el Ateneo Médico Farmacéutico Municipal de Madrid, la noche del viernes 12 de Junio de 1908.*

Si el Dr. Gutiérrez no fuera Director de Instituto Rubio á la vez que Director de esta Revista, á cuyos organismos pertenecemos juntamente, daríamos rienda suelta á nuestras impresiones, y diríamos en este lugar, á manera de introducción, el concepto elevadísimo que nos merece el hombre, y lo trascendente y fecundo de toda su obra.

Pero ya que detienen nuestra pluma respetos y consideraciones á que no queremos faltar, vamos á permitirnos—antes de reseñar la conferencia del Dr. Gutiérrez, de cuyo mérito extraordinario, bajo el punto de vista social y médico, podrán formar juicio exacto nuestros lectores con la sola enumeración que hagamos de los puntos que tratara en ella—decir cuatro palabras, que podrán ó no estimarse pertinentes, pero que reflejando ideas por nosotros sostenidas en muchas ocasiones, y que teniendo, en nuestro sentir, una importancia extraordinaria, por reflejar un estado vicioso de nuestra organización social, que importa con gran urgencia corregir, si hemos de evitar sus fatales consecuencias, consideramos un imperioso deber aprovechar la ocasión de comentar la conferencia del Dr. Gutiérrez, ya que ésta nos despertara su vivo recuerdo, para someterla á la pública consideración.

La síntesis de nuestro pensamiento podríamos expresarla diciendo: el 95 por 100 de nuestros maestros y de nuestros profesores no sabe, ó no quiere, cumplir su misión docente; y como este estado de cosas no puede continuar así, es urgente, urgentísimo, el sustituir este 95 por 100 de maestros y profesores por otros capaces de realizar dicha trascendente misión.

No es nuestro ánimo ofender ni molestar lo más mínimo á tan respetable clase, representada tan dignamente por todo el Magisterio, ni aun menos calificarle de ignorante, cuando somos los primeros en reconocer su vasta ilustración; no. Lo único que nosotros afirmamos es que saber es una cosa, y otra muy distinta saber enseñar; sabiendo muy poco y sabiéndolo enseñar, se es mucho mejor maestro que no con una cultura extraordinaria sin poseer ese dón natural ó adquirido por la pedagogía. Y justamente de ese dón es del que carecen la inmensa mayoría de nuestros maestros.

No es este lugar de entrar en grandes desarrollos sobre la materia: el que no esté convencido de nuestra afirmación, que coja un libro de texto de nuestros más eximios profesores, ó siga un curso verbal, y se convencerá por sí propio de que, salvo honrosas y contadísimas excepciones, ni el texto está proporcionado por la extensión ni por la exposición de las materias sobre que versa á las condiciones de los alumnos á que se destina, ni la lección hállase expuesta, ni con aquella sobriedad en detalles, con aquella precisión de los asuntos importantes sobre que versa, repitiendo el profesor aquellos conceptos que, bien por su importancia ó su difícil comprensión, lo merezca, ni menos con aquellos accesorios prácticos que hacen que la enseñanza no éntre exclusivamente por los oídos (como aquí es práctica corriente), sino por los ojos, el tacto, y en último término, por el oído.

Y concluímos sosteniendo, que si queremos salir de este sistema de enseñanza, que no enseña, y sólo sirve para forzar la atención y la memoria de los alumnos, y por consecuencia lógica, para agotar la inteligencia de los mismos, no nos queda otro remedio que ir jubilando á todos aquellos que, llamándose maestros, sólo sirven para *enseñár* que poseen gran cultura, memoria extraordinaria, palabra sonora y elocuente, acompañada de verbosidad inagotable, muy útiles cuando más para lucirse en esos torneos de la palabra que sólo se presencian ya en España, donde por desgracia el oropel, por sus brillantes reflejos nos deslumbra, y con sobrada frecuencia colocamos en lugar donde sólo el oro de ley debe alcanzar.

Y no nos culpen nuestros lectores á nosotros solos de esta digresión, porque si culpable existe, el principal ha sido el Dr. Gutiérrez, que en su conferencia, con un acento sonoro y armonioso, con palabra reposada y castiza, huyendo de todo tecnicismo, con conceptos clarísimos siempre y apasionados cuando el asunto lo requería, á todos los ilustrados compañeros que le oían comunicó el fuego santo de sus vehementes deseos de crear una sociedad destinada en España á luchar contra el cáncer; y á mí, particularmente, me hizo exclamar: ¡Así se debe hablar siempre desde la cátedra santa de la ciencia!

Y expuesta esta ligerísima idea de cómo dijo, ocupémonos de lo que dijo.

Tal es la frecuencia del cáncer uterino y tan extraordinario el número de víctimas que inmola todos los años, que sería faltar á ineludibles deberes profesionales si los médicos consagrados á la ginecología no expusieran á la pública consideración los inmensos peligros que la citada enfermedad acarrea y los medios conducentes que en la actualidad posee la ciencia para disminuir su mortalidad

aterradora: entre estos medios sólo se puede contar en la actualidad con los quirúrgicos, puesto que los demás empleados son hasta el presente ineficaces.

Dos datos numéricos conviene tener presentes para tomar con noble empeño la tarea urgente de consagrarse á atenuar la mortalidad del cáncer uterino: 1.° El que se desprende de la estadística tomada del Instituto Geográfico: año 1901, 1.082 defunciones por cáncer; 1905, casi el doble número de víctimas. 2.° Estadística del Dr. Gutiérrez: de 3.500 enfermas de la matriz que han consultado con él en cinco años, 253 eran cancerosas; esto es, del 10 al 12 por 100. Como se ve, las cifras mencionadas son desconsoladoras; pero si añadimos que de estas enfermas cancerosas que concurren á las consultas públicas sólo el 8 ó 10 por 100 se presentan en condiciones de factible operación, y por tanto, de posible curación, mientras que el 80 por 100 de las que concurren á las consultas de Alemania pueden operarse á debido tiempo, y por tanto curarse, resulta terrible para España esta diferencia, bien sea que denote incuria y pudor mal entendido en las mujeres, ó deficientes conocimientos en los medios diagnósticos empleados por los médicos que las asisten.

Porque hay que reconocer que el cáncer uterino es curable mediante la extirpación de la matriz, parcial unas veces, total otras, y en ocasiones acompañadas de órganos y tejidos que la rodean.

Demostración al canto: casos numerosos operados por el doctor Gutiérrez que desde 1891 hasta 1903 cuenta con 11 curaciones completas; por lo menos siete de estas enfermas, vigiladas y con diagnóstico clínico y micrográfico, viven en la actualidad en perfecto estado desde hace seis años; fecha más que suficiente para considerarlas radicalmente curadas. Pasaron, por fortuna, los tiempos no lejanos en que el cáncer uterino se tenía por incurable. Admitido que el cáncer uterino es curable quirúrgicamente, es necesario conocer qué condiciones requiere para poderse obtener tan feliz resultado. Una capital, que se halle en el comienzo de su evolución, y por tanto, limitado al tejido uterino: ¿cómo se puede precisar este momento? Pues sencillamente con el diagnóstico precoz. ¿Hay medios fáciles de hacerlo? Por fortuna, clínicamente hállanse al alcance de todos los médicos, y hay que afirmar que la clínica es un medio tan seguro ó más que el laboratorio.

El cáncer puede presentarse en el cuello ó en el cuerpo de la matriz: para ser operado uno y otro con éxito lisonjero, necesita hallarse limitado al órgano, condición que se reconoce fácilmente apreciando con el tacto combinado la movilidad de la matriz y la flexibilidad de los fondos vaginales. Cuando los fondos se borran y

á la presión digital no se elevan y la matriz está fija, hállase completamente invadido el parametrio.

El origen del cáncer uterino del cuello frecuentemente se encuentra en las cicatrices que éste presenta por desgarraduras acaecidas en el momento del parto. Evoluciona más rápidamente que el cáncer del cuerpo. En éste no se aprecia la úlcera cancerosa, sangrante con facilidad, y de fondo duro que existe en el cáncer del cuello; pero en cambio se delata por las hemorragias posteriores á la menopausia, que siempre deben ser consideradas reveladoras ó de un cáncer uterino cavitario, sea la mujer nulípara ó multípara, ó de un adenoma simple submucoso, ó de un adenocarcinoma; así que la mujer que pasados dos ó tres años sin período menstrual, comienza por sangrar á veces unas gotas, y termina por establecerse un flujo sero-sanguinolento, fétido, debe considerarse como cancerosa segura.

Sin entrar en detalles del procedimiento operatorio más idóneo, según el Dr. Gutiérrez, si diremos que, partidario decidido en los primeros años de su vida quirúrgica de la histerectomía vaginal, su experiencia clínica ha venido á hacerle preferir en la actualidad la vía abdominal, y en ocasiones comienza la intervención por la limpieza de todo el proceso canceroso accesible por la vagina, terminando por la histerectomía abdominal, procedimiento que él ha adoptado el primero.

Se impone, pues, tanto para aliviar la suerte de tanta desventura y de tan horrenda mortalidad, como por honor de los médicos españoles, que éstos formen una Liga contra el cáncer uterino, para de este modo perseguirle con éxito tan pronto como haga sus primeras manifestaciones.

Cumplamos todos los médicos nuestro deber, asociándonos al pensamiento del Dr. Gutiérrez. Con tan insigne caudillo alcanzaremos, seguramente, el éxito más lisonjero en favor de las desgraciadas que sufren tan terrible mal, y seguiremos, ya que no alcancemos, la gloria de descubrir los senderos que nos marca la ciencia moderna.

DR. PABLO LOZANO

## CARTA ABIERTA

## Al Excmo. Sr. D. Eugenio Gutiérrez.

### Sobre la administración de los anestésicos.

La prensa médica en particular, y la opinión pública en general, de Francia y de Inglaterra, muy especialmente, se muestra profundamente alarmada ante el considerable número de muertes acaeci-

das por la administración de los anestésicos, con particularidad en estos últimos años. Algunos periódicos ingleses han dado cuenta de estos casos, y con tal motivo, han aprovechado la oportunidad para escribir artículos sensacionales, repletos de injurias y serias amenazas. Desgraciadamente, existe fundado motivo, en cierta medida, para esos declamatorios artículos; pues aun cuando forzaron la nota pesimista, exagerando la cifra real, es lo cierto que han ocurrido más casos de fatales resultados que los que razonablemente cabe esperar. En un artículo, que firma el Dr. E. J. Waldo, en el *Medical Press and Circular*, 18 Marzo 1908, se demuestra que, según la estadística del Registro general de Inglaterra, durante los años 1902 á 1906, el número de muertes por la anestesia quirúrgica ha sido de 148, 156, 154, 155 y 183 respectivamente. El mismo Dr. Waldo entiende que estas cifras son con mucho inferiores á la realidad, puesto que sólo una pequeña proporción de muertes, debidas á la anestesia, son comunicadas como tales á los forenses y á los registros correspondientes. En España no poseemos estadística de ninguna clase—que yo sepa—acerca de esta causa de muerte, puesto que ni aun figura en la clasificación nosológica que por la Dirección general de los Registros ordena la circular de 30 de Abril de 1880 y la de 12 de Octubre de 1907, respecto á las testificaciones de defunción. Así que en nuestro país nadie debe, oficialmente, morirse por la acción de los anestésicos.

El 24 de Marzo del corriente año se ha celebrado, por la Sociedad Médico-legal, de Londres, una importante asamblea, á la que concurrieron eminentes jurisconsultos y hombres de ciencia de todas partes, poniéndose á discusión, por el Dr. L. Freyberger, el tema sobre anestesia. Lo más importante de esta asamblea fué la comunicación presentada por el Dr. Frederic Hewitt, considerado como el mejor anestesista de la Gran Bretaña, quien resumió su opinión sobre la materia, asegurando que el mayor número de muertes por la anestesia son evitables, y que cuando éstas ocurren no se debe achacar la culpa al paciente ni al operador, sino al anestesista. El Dr. Hewitt indicó las dos siguientes proposiciones, que hizo extensivas á la *British Médico-legal Society*, á *General Medical Counell* y á *Privy Counell*, de este modo: 1.° Que en vista de la importancia que en sí tiene la administración de los anestésicos, la asamblea opina que sería de desear, en interés del público, que todo médico acredite haber recibido la necesaria instrucción en la administración de anestésicos, para lo que encarecidamente se suplica á el *General Medical Counell*, se incluya un curso de práctica anestésico entre las demás enseñanzas que completan la educación profesional. 2.° Que como la administración de una droga ó drogas

para producir la insensibilidad general en cualquier operación médica ó quirúrgica, ó durante el acto del parto, no puede ser garantizada sin la vigilancia y dirección de un médico, debe ordenarse que la citada administración de una droga ó drogas, con uno ú otro de los citados objetos, por otras personas, tenga su correspondiente castigo en el Código penal.

En Inglaterra, lo mismo que en España, cualquier persona titulada ó no, con experiencia ó sin ella, cualquier practicante, dentista, enfermera, etc., puede manejar los agentes anestésicos, con tal que no lo verifique con un motivo ilícito, sin responsabilidad alguna, aun cuando el paciente fallezca en el curso de la anestesia. Las leyes á este respecto son en ambos países extremadamente laxas y complacientes. Puede decirse, sin temor á exageración alguna, que actualmente la mitad por lo menos de los médicos que ejercen no han recibido la conveniente enseñanza en la práctica de la anestesia.

Que el arte, los conocimientos adquiridos, la experiencia misma influyen en gran manera en los resultados últimos de la anestesia, lo prueba un análisis de 74 casos de muerte, recogidos por los periódicos ingleses durante un año. De este número, 5 acontecieron anestesiando hombres expertos y duchos en la práctica anestésica, y los otros 69 lo fueron en manos de gente que no tenía el menor conocimiento de estos asuntos. De modo que, aun reconociendo que el Dr. Hewitt concede una importancia, quizá más de lo conveniente, anestesista, puesto que llega á decir, que de 10 casos de muerte, 9 son evitables cuando se poseen suficientes conocimientos en la materia, olvidando el personal factor, no hay duda de ninguna especie de que nadie puede poner reparos á las indicaciones propuestas por el ilustre anestesista británico, puesto que es evidente que el número de casos fatales habría de disminuir considerablemente si los anestésicos fueran siempre propinados por médicos que hubieran hecho especiales estudios y hubieran experimentado suficientemente tan delicados agentes terapéuticos.

En nuestro país, dirigirse á los poderes públicos solicitando lo que pide para su patria el Dr. Hewitt, me parece, así de primera impresión, asunto completamente perdido: yo por mi parte renuncio á semejante pretensión; pero estimo que en este punto, como en tantos otros, la iniciativa particular tiene el deber, cuando menos la conveniencia, de suplir ó de subsanar las deficiencias oficiales. Nuestro Instituto Rubio, que siempre ha marchado, y es preciso que continúe el mismo camino, á la cabeza del progreso médico, es el más llamado, por su carácter docente y fundamentalmente quirúrgico, á reparar las faltas ú omisiones que respecto á la enseñanza de la anestesia existen en nuestro país, como en otros extraños.

Nuestro Instituto debiera fundar una Escuela de anestesistas, aun cuando no fuera más—que motivos de orden superior lo reclaman—que para demostrar que damos en España toda la importancia real y positiva que se merece al uso de los anestésicos. Todo cirujano debiera haber sido antes anestesista; así sabría, por lo menos, lo que significa el factor *tiempo* en las operaciones, y así podría estar tranquilo si fuera de todo centro médico, en el campo, en poblaciones pequeñas, sin el auxilio de compañeros inteligentes, tuviera que realizar una intervención que exigiera la anastesia del enfermo. De las Facultades salen médicos intruídos; del Instituto Rubio parten distinguidos especialistas, ginecólogos, urólogos, etc., que no han practicado suficiente número de anestesias para tener perfecto conocimiento de esta difícil materia. Y si es sensible que todo médico—como pide el Dr. Hewitt—no posea un curso de práctica anestésica, es verdaderamente expuesto que todo cirujano no conozca el manejo de los agentes que producen la insensibilidad general ó local.

Más argumentos no habían de faltarme para evidenciar más, si es posible, la necesidad del conocimiento de la anestesia, especialmente en aquellos médicos que se dedican á la cirugía; pero sería cansar la atención de usted, Sr. Director, repitiendo cosas que usted conoce mejor que yo. En el Instituto Rubio se practican operaciones á diario. En el Instituto Rubio hay un profesor de los más antiguos y experimentados, que atesora profundos conocimientos en la anestesia, y que además es de los que saben enseñar, bajo cuya dirección podría instruirse el brillante plantel de jóvenes cirujanos que de hoy en adelante amplíen sus estudios en nuestro Centro. Hay materia y espíritu. Hay quien aprenda y quien enseñe. No se necesita más que querer.

ANTONIO MUT

Junio 1908.

# ANIVERSARIO

Hoy hace seis años que nuestro Instituto perdió á su glorioso Fundador; la Humanidad, á uno de sus más ardientes Bienhechores; la Cirugía española, á uno de sus más ilustres representantes. Al desaparecer nuestro querido Maestro, quiso que sus restos mortales descansaran en el mismo benéfico asilo que él había procurado á los pobres enfermos, á fin de que su constante presencia infundiera en nosotros los propios sentimientos altruístas que constituyeron la norma de su vida entera.

Amor al trabajo, enseñanza mutua, caridad, progreso. He aquí el legado que nos dejara, y con el cual no podía malograrse su obra redentora.

Durante su vida, la autoridad y prestigio del eximio Maestro bastaron para mantener el justo renombre del Instituto y hacer labor educadora en nuestro país.

Después, el progreso incesante de la Ciencia, la lucha por la vida, la noble emulación, han despertado en todos los demás centros benéficos y docentes actividades ex-

traordinarias, y así se ha formado una brillante pléyade de profesores, jóvenes en su mayoría, que mantienen á gran nivel la cultura médica española.

Esto obliga á los profesores del Instituto Rubio á redoblar sus esfuerzos para acrecentar su prestigio y responder de este modo á las aspiraciones del glorioso Fundador, cuando pocos momentos antes de morir nos alentaba con estas palabras: "Benditos si pasáis por encima de mi cuerpo muerto."

La Redacción

Agosto 31.

# SECCIÓN CLÍNICA ORIGINAL

## NOTAS CLÍNICAS

### EXPERIENCIA PERSONAL ACERCA DE LA CIRUGÍA CONSERVADORA DE LOS ANEJOS UTERINOS (1)

POR EL DR. EUGENIO GUTIÉRREZ
Del Instituto Rubio

Desde hace muchos años tengo demostrado, con mis escritos y mi práctica, que soy partidario de la cirugía ginecológica conservadora, es decir, de aquella cirugía que tiende á remediar las lesiones del aparato reproductor, conservando, siempre que es posible, la integridad funcional de los órganos que le constituyen.

Y circunscribiéndome á la cirugía conservadora de los anejos uterinos, no he de ofender la ilustración de los señores congresistas haciendo historia de este asunto desde que en 1870 fué consagrada por eminentes ginecólogos la castración como medio terapéutico, para reaccionar más tarde este criterio, oponiendo á dicho medio radical procedimientos conservadores, que definitivamente triunfaron en 1889.

Tampoco he de insistir en las razones que demandan hacer cirugía conservadora en las lesiones del ovario y de la trompa, porque este asunto está tratado de mano maestra, y mucho más detalladamente que yo pudiera hacerlo, en el capítulo XXV, tomo II, de la magnífica obra de Howard A. Kelly *(Operative Ginecology)*.

Sólo diré, de un modo sintético, que el fundamento de la cirugía conservadora de los anejos uterinos estriba en el estudio de la estructura de estos órganos y de las funciones á ellos encomendadas, y á la vez en lás alteraciones que suceden á la abolición de éstas ó á la total extirpación de los primeros. La fisiología experimental ha demostrado que el ovario, además de su función visible

(1) Comunicación al II Congreso español de Cirugía.

y propia, goza de otra interna, quizá exclusiva, del cuerpo lúteo, que le permite elaborar productos de composición hoy desconocida, cuyo objeto es favorecer las oxidaciones, y por lo mismo, activar los fenómenos de nutrición, á semejanza de lo que sucede con otros órganos dotados de secreción interna, á la vez que determinan un estímulo sobre la inervación del simpático, dando por resultado una vaso-dilatación que tal vez explique la función periódica del útero.

El hecho positivo á registrar después de la castración ovárica es la menopausia artificial, la cesación completa de las reglas, y por ende la esterilidad, así como también los accesos de vaso-dilatación general ó parcial cuando la operada es joven. Si á esto se añade que la fisiología experimental ha logrado atenuar y aun hacer desaparecer estos trastornos con la administración de la opoterapia ovárica, se comprenderá la razón de abogar por una cirugía conservadora en las lesiones de estos órganos. He de confesar que en los muchísimos casos por mí operados de histerectomía abdominal por fibromas, en los que casi sistemáticamente y con raras excepciones practico la castración bilateral, jamás he observado que subsigan á esta mutilación trastornos físicos ni psíquicos de importancia; cuando las enfermas son jóvenes, se quejan á lo sumo de sofocación, enrojecimiento súbito de la cara y del cuello, algún aturdimiento, fenómenos, en fin, de vaso-dilatación parcial que desaparecen á medida que el organismo se habitúa á esta menopausia artificial y prematura, como ocurre aún en la menopausia natural. Sólo en dos ocasiones he visto acentuarse grandes crisis histéricas, convulsiones y aun accesos de delirio agudo, precisamente en enfermas que antes sufrían las manifestaciones tan variadas de la histeria. En otra joven, operada de doble ovariotomía, se presentaron hematemesis abundantes á los tres meses, de las que se restableció sin más que el régimen apropiado y las aguas de Villaharta. Si se tiene en cuenta que las lesiones anexiales acompañan con suma frecuencia á los fibromas, siendo muchas veces los sufrimientos que ellas ocasionan la principal indicación de la histerectomía, se comprenderá que no sea partidario de la cirugía conservadora de los anejos en estas circunstancias.

Además, y por lo que respecta al ovario, he visto que la ovaritis microquística bilateral de las jóvenes expone alguna vez, si se hace cirugía conservadora sistemática, al cabo de algún tiempo, á los mismos sufrimientos en los órganos conservados: pues el propio tejido de cicatriz resultante de la intervención, sea ésta la exéresis parcial, sea la ígneo-punción, dificulta la dehiscencia de los folículos próximos y conduce á su transformación quística. Hace catorce

años trato á una señorita, á quien tuve necesidad de extirpar el ovario izquierdo micro-quístico con un quiste hemático del cuerpo lúteo, por los dolores constantes que le producía, y que desde los diez y seis años la tenían inutilizada para la vida social y sometida á la inyección diaria de morfina; en atención á su edad y á la pequeña lesión que ofrecía el ovario derecho (escasos folículos quísticos), hube de conservarlo, destruyendo éstos con la punción y cauterización. La operada mejoró y estuvo bien tres años, al cabo de los cuales se presentaron las mismas crisis dolorosas en el ovario conservado. Desde aquella fecha, es decir, hace once años, viene sometida á las inyecciones de morfina cinco y seis días de cada mes, en cuanto termina la menstruación, que es cuando se presentan las crisis dolorosas, pues no ha querido someterse á una segunda intervención.

A pesar de todo, si hemos de creer en los relatos de otros profesores y en las observaciones de transplantación ovárica publicadas por Robert, Morris, Knauer, Chrobak, Jayle, etc. etc., que no sólo han logrado con este recurso restablecer la función menstrual, sino también hacer posible un embarazo á los cuatro años de practicada aquélla, la sola consideración de que, tratándose de una mujer joven, la cirugía radical de los anejos la priva de la función más noble y grande que caracteriza su sexo, debe obligarnos á procurar hacer cirugía conservadora, siempre que ella no implique la continuación del mal que ha sido el fundamento de la indicación operatoria.

Si es fácil hacer cirugía conservadora en la mayoría de los casos, tratándose del ovario, puesto que una pequeña porción del mismo basta para asegurar su doble función, no lo es tanto cuando la lesión se refiere á la trompa.

Pero en uno y otro órgano la conservación tiene sus límites, impuestos por la edad de la enferma, la naturaleza de la lesión que puede afectar á los órganos congéneres, aunque se halle de momento limitada á uno solo, como sucede con las producciones malignas (epitelioma y sarcoma), ó que haga posible una reinfección si se trata de procesos supurados, y por la posición social de la enferma, que en otro trabajo he considerado como indicación precisa de intervención radical muchas veces.

Basta haberse fijado, al practicar una laparotomía por lesiones de los anejos uterinos, en la diversa disposición que afectan el ovario y la trompa, para comprender cuáles casos son tributarios de la cirugía conservadora, y qué procedimiento operatorio será el que debamos adoptar.

Desde la simple ovaritis micro-quística hasta la ovaritis supura-

da que exige la operación radical, hay una serie de lesiones, en las cuales pueden dar excelente resultado los procedimientos conservadores: de igual modo ocurre en la trompa, cuyas lesiones pueden variar entre la endosalpingitis, de la que triunfan muchas veces los medios puramente médicos, y la salpingitis supurada ó piosalpinx, que llega á exigir con frecuencia la castración total ó útero-anexial.

Por lo que hace relación al ovario, lo mismo la *ovaritis microquística* que la *ovaritis esclerosa,* el *quiste hemático del cuerpo amarillo* que el *falso ovario intraligamentario,* consecutivo generalmente á procesos inflamatorios pelvi-peritoníticos, cuyos exudados, al organizarse, constituyen falsas membranas que ahogan al órgano y le ocultan sobre la hoja posterior del propio ligamento ancho, como si realmente en él estuviese incluído; todas estas formas patológicas son susceptibles de curación y permiten conservar las funciones del órgano, bien con la punción y cauterización de los pequeños folículos hidrópicos, ya con la resección central ó terminal seguida de sutura, ó ya con la decorticación, y también con la incisión de las falsas membranas, en que estaba incluído, ó la sección de las adherencias que le sujetaban en el fondo de Douglas. Estos recursos quirúrgicos pueden ir acompañados del masaje del ovario, aconsejado por Monprofit, si el edema acompaña á estas lesiones, y que yo practico casi siempre. Consérvese solamente un pequeño trozo del órgano, y tendremos asegurada la función. En cuanto á la trompa, las lesiones que sólo afecten ligeramente á la mucosa, aquellas que no sean neoplásicas ó específicas y las adherencias de las franjas que obturan el *ostium* abdominal como consecuencia de una inflamación de la serosa pelviana, hallarán su curación en la cirugía conservadora, representada por la salpingorrafia, la expresión metódica, la destrucción de las adherencias peritoneales, el cateterismo aséptico, la salpingostomía y la salpingo-ovaro-síndesis de Clado.

No tengo experiencia de los efectos obtenidos con la trasplantación y con el injerto ovárico, ya sean homeoplásticos ó heteroplásticos; pero los ensayos verificados por Morin (7 casos, de ellos uno seguido de embarazo y parto á término); por Frank (3 casos, de los que uno seguido de embarazo), y otros operadores (hasta 25 casos), inducen á esperar que los injertos peritoneales, intra-orgánicos y aun subcutáneos, pueden ser beneficiosos en determinadas circunstancias. En cambio, puedo juzgar del resultado de la cirugía conservadora practicada sobre el ovario y la trompa en enfermas cuyo estado actual me es conocido, y de las que doy cuenta detallada á continuación.

| Número de orden. | NOMBRE Edad. Naturaleza. Estado. Fecha de la operación. | LESIONES que motivaron la intervención. Descripción de ésta. | RESULTADO |
|---|---|---|---|
| 1 | Emilia Cornejo, 29 años, Madrid, casada, nulípara. Operada el 24 Noviembre de 1888. | Salpingo-ovaritis quística del lado izquierdo (verdadero quiste tubo-ovárico). Quiste folicular intraligamentario del lado derecho, del tamaño de un huevo de gallina. Extirpación del quiste tubo-ovárico izquierdo. Enucleación del quiste intraligamentario derecho, dejando una porción del ovario y la trompa correspondientes. Sutura de la incisión de la hoja posterior del ligamento ancho derecho. | Esta operada, que continuó bien, sin la menor molestia, se hizo embarazada en 1890, y á consecuencia de una grave albuminuria, parió á los 8 meses, el 24 de Enero de 1891. |
| 2 | Aurelia Pérez, 28 años, Garrobilla (Badajoz), soltera. Operada el 15 de Mayo de 1895. | Quiste mucoídeo del ovario izquierdo. Ovaritis microquística del ovario derecho. Ovariotomía en el lado izquierdo. Igneo-punción de los pequeños quistes foliculares del ovario derecho. | Esta operada, que siguió bien y menstruando normalmente, se casó el 24 de Agosto de 1901, y se hizo embarazada en Enero de 1902, dando á luz un niño, con toda felicidad, en Octubre de este mismo año. |
| 3 | Encarnación Pérez, 27 años. Operada el 18 Noviembre de 1896. | Peri-salpingo-ovaritis doble gonocócica, más avanzada en el lado derecho. Extirpación de los anejos derechos; destrucción de las adherencias existentes entre los izquierdos y expresión de la trompa correspondiente. | Esta operada sigue bien. |
| 4 | Delia Fernández, 28 años, León, casada, nulípara. Operada el 11 Noviembre de 1897. | Piosalpingitis doble y ovaritis izquierda supurada. Colpotomía posterior. Extirpación de los anejos izquierdos, después de destruir las adherencias que los sujetaban al fondo peritoneal de Douglas. Incisión y desagüe del piosalpinx derecho. | Esta operada se repuso completamente, y ha continuado bien y menstruando con regularidad. Hoy está viuda. |

| Número de orden. | NOMBRE Edad. Naturaleza. Estado. Fecha de la operación. | LESIONES que motivaron la intervención. Descripción de ésta. | RESULTADO |
|---|---|---|---|
| 5 | Joaquina Ceballos, 13 años, Madrid. Operada el 3 de Mayo de 1902. | Apendicitis crónica. Ovaritis microquística derecha, diagnosticada en el acto operatorio. Apendicectomía. Punción y cauterización de los pequeños quistes foliculares del ovario derecho. | Esta operada no ha vuelto á tener la menor molestia en el vientre; engruesó y fué menofánica dos años más tarde, continuando desde entonces las menstruaciones regulares. |
| 6 | Fidela Rodriguez, 34 años, Madrid, soltera. Operada el 27 de Octubre de 1902. | Quiste mucoídeo del ovario derecho. Fibroma subseroso del fondo uterino. Ovaritis microquística izquierda. Ovariotomía del derecho; miomectomía. Punción y cauterización de los pequeños quistes foliculares del ovario izquierdo. | Esta operada sigue muy bien, y sus menstruaciones son completamente normales. |
| 7 | María Santamaría, 36 años, Jaén, casada, nuligesta. Operada el 28 de Febrero de 1903. | Piosalpingitis doble con adherencia de ambos sacos purulentos al fondo de Douglas, y recubiertos por el epiplón adherido también. Destrucción de las adherencias. Extirpación de los anejos del lado derecho. Salpinguectomía izquierda, conservando el ovario correspondiente. | Esta operada continúa perfectamente, y tiene sus reglas periódicas, aunque un tanto escasas. |
| 8 | Antonia Manjarrés, 32 años, Madrid, soltera. Operada el 26 de Abril de 1903. | Quiste paraovárico izquierdo de gran tamaño. Ovaritis microquística derecha. Ovariotomía en el lado izquierdo. Igneo-punción de los pequeños quistes foliculares del ovario derecho. | Esta operada continúa sin novedad, y menstruando bien. |
| 9 | Josefa Agüero, 28 años, Zaragoza, casada. Operada el 4 de Junio de 1903. | Retroversión dolorosa. Prolapso y ovaritis microquística de ambos ovarios. Histeropexia abdominal é ígneo-punción de los pequeños quistes de ambos ovarios. | Esta operada seguía bien, sin la menor molestia y con sus reglas normales, en 1905. Ignoro si después se ha hecho embarazada. |

| Número de orden. | NOMBRE Edad. Naturaleza. Estado. Fecha de la operación. | LESIONES que motivaron la intervención. Descripción de ésta. | RESULTADO |
|---|---|---|---|
| 10 | Ángeles Agüera, 30 años, Madrid, casada. Un parto. Operada el 5 Diciembre de 1903. | Peri-salpingo-ovaritis escleroquística doble. En el lado derecho, y por la disposición de las lesiones, practiqué la anexiectomía. En el lado izquierdo, destrucción de las adherencias peritoneales, resección del ovario, salpingostomía y salpingo-ovaro-síndesis de Clado. | En esta operada la menstruación ha seguido periódicamente, y si no se ha hecho embarazada, lo atribuyo más bien á la metritis crónica que padece y que está decidida á tratar. |
| 11 | Eufemia Basurco, 30 años, Avilés, casada. Un parto. Operada el 2 de Marzo de 1905. | Quiste mucoídeo del ovario izquierdo. Salpingo-ovaritis quística del lado derecho con adherencia de estos órganos al fondo de Douglas. Ovariotomía en el lado izquierdo. Destrucción de las adherencias de los anejos derechos; resección del ovario y de la trompa derechos con salpingo-ovaro-síndesis. | Esta operada continúa bien, y menstruando con regularidad. |
| 12 | Margarita Sales, 34 años, Alicante, casada, nulípara. Operada el 16 de Marzo de 1905. | Quiste intraligamentario izquierdo. Salpingo-ovaritis quística del lado derecho. Enucleación del quiste izquierdo con sutura del ligamento. Resección del ovario y de la trompa derechos con salpingo-ovaro-síndesis. | Esta operada tuvo su regla normal al mes de la intervención, y ha continuado bien. |
| 13 | Francisca Pla, 26 años, Madrid, soltera. Operada el 11 de Febrero de 1905. | Quiste tubo-ovárico derecho. Perisalpingitis izquierda con oclusión del extremo abdominal de la trompa. Laparotomía. Extirpación de los anejos derechos ó quiste tubo-ovárico. Salpingostomía en el lado izquierdo. | Esta operada, que sufría mucho antes de la operación, se restableció completamente después, y sus menstruaciones han continuado de modo normal. |
| 14 | Engracia Gutiérrez, 30 años, Santander, casada. Un | Quistoma ovárico derecho con adherencia del epiplón y peritoneo parietal por torsión | Esta operada, á quien veo con frecuencia, goza de |

| Número de orden. | NOMBRE Edad. Naturaleza. Estado. Fecha de la operación. | LESIONES que motivaron la intervención. Descripción de ésta. | RESULTADO |
|---|---|---|---|
| | parto y un aborto de 2 meses. Operada el 21 de Octubre de 1905. | del pedículo (tres vueltas de espira). Salpingo-ovaritis izquierda microquística con oclusión del pabellón tubárico y endosalpingitis por retención. Extirpación del quistoma derecho después de resecar el epiplón y destruir las adherencias parietales. Punción y cauterización de los pequeños quistes del ovario izquierdo, y después salpingostomía y salpin-ovaro-síndesis. | perfecta salud y menstrúa con toda normalidad. |
| 15 | María Partearroyo, 28 años, Bilbao, casada, nulípara. Operada el 14 Noviembre de 1905. | Quiste ovárico intraligamentario derecho. Quiste dermoídeo del ovario izquierdo. Enucleación del primero, seguida de sutura del ligamento. Enucleación del quiste dermoídeo izquierdo, dejando un trozo de ovario, al parecer sano, con la trompa. | Esta operada continúa bien, y menstruando con regularidad. |
| 16 | Dolores Ruiz de Aguirre, 26 años, Bilbao, dos partos, casada. Operada el 21 Noviembre de 1905. | Retroflexión adherente. Ovaritis doble microquística. Histeropexia abdominal. Punción y cauterización de los pequeños quistes foliculares. | Esta operada menstrúa normalmente y sigue bien. |
| 17 | María Esteban, 25 años, Guadalajara, casada, nulípara. Operada el 12 Diciembre de 1906. | Hematosalpinx derecho. Ovaritis microquística izquierda. Extirpación de la trompa derecha en su tercio externo, en donde estaba el hematosalpinx, por embarazo ectópico. Salpingostomía y fijación del pabellón artificial al ovario (salpingo-ovaro-síndesis). Punción y cauterización de los folículos hidrópicos del ovario izquierdo. | Esta operada continúa bien, y menstruando normalmente. |

| Número de orden. | NOMBRE Edad. Naturaleza. Estado. Fecha de la operación. | LESIONES que motivaron la intervención. Descripción de ésta. | RESULTADO |
|---|---|---|---|
| 18 | Mercedes Quetini, 40 años, Granada, casada, plurípara. Un puerperio infeccioso. Operada el 5 de Enero de 1906. | Pio-hematosalpinx voluminoso del lado derecho. Peri-salpingo-ovaritis microquística del izquierdo. Despegamiento y extirpación del pio-hematosalpinx derecho. Destrucción de las adherencias que envolvían á los anejos izquierdos; expresión de la trompa engrosada, raspado de las fungosidades de las franjas y sutura del pabellón al ovario, después de punzar y cauterizar con el termo los pequeños microquistes del ovario. | Esta operada se repuso completamente; está gruesa y menstrúa con regularidad, aunque las reglas son escasas. |
| 19 | Adelina Rozer, 26 años, Oviedo, casada, nulípara. Operada el 23 de Octubre de 1906. | Salpingo-ovaritis doble. Trompa derecha engrosada por la inflamación y retorcida, envolviendo el ovario correspondiente, y adherida á la cara posterior del útero. Trompa izquierda: lesiones más acentuadas que en la derecha, y del tamaño y forma de una salchicha gorda. Salpingostomía y salpingo-ovaro-síndesis. | Esta enferma menstrúa con regularidad. |
| 20 | Agueda Andrés, 27 años, Barrax (Albacete), casada, nulípara. Operada el 10 Noviembre de 1906. | Anteversión. Ovaritis microquística doble. Extirpación del ovario izquierdo. Punción y cauterización de los pequeños folículos quísticos del derecho. | Esta operada sigue menstruando bien. |
| 21 | Paz Calisalbo, 29 años, San Sebastián, casada, plurípara. Operada el 12 Diciembre de 1906. | Retroversión. Salpingo-ovaritis quística derecha. Ovaritis microquística izquierda. Grandes dolores menstruales. Extirpación de los anejos derechos. Punción y cauterización de los pequeños quistes foliculares. Salpingostomía del lado izquierdo. | Esta operada se hizo embarazada, y dió felizmente á luz un niño en el mes de Enero último (1908). |

| Número de orden. | NOMBRE Edad. Naturaleza. Estado. Fecha de la operación. | LESIONES que motivaron la intervención. Descripción de ésta. | RESULTADO |
|---|---|---|---|
| 22 | Antonia Lozano, 27 años, Madrid, casada, nulípara. Operada el 15 Diciembre de 1906. | Embarazo tubárico derecho con rotura del saco, seguida de hemorragia peritoneal. Extirpación de los anejos derechos y limpieza del fondo peritoneal, que estaba lleno de coágulos. Destrucción de las adherencias que sujetaban los anejos izquierdos al fondo de Douglas, y fijación superior. | Esta operada se repuso completamente y menstrúa de una manera normal, sin que hasta la fecha se haya hecho embarazada. |
| 23 | Amalia Molina, 20 años, Madrid, soltera. Operada el 9 de Abril de 1907. | Salpingo-ovaritis quística izquierda con peri-anexitis. Iguales lesiones en los anejos derechos. Extirpación bilateral, dejando solamente un trozo del ovario izquierdo que encontramos sano. | Esta operada tiene sus menstruaciones normales. |
| 24 | Beatriz Pérez, 36 años, Gijón, casada, plurípara. Operada el 1.° Noviembre de 1907. | Retroversión. Salpingo-ovaritis bilateral. Laparotomía. Destrucción de las adherencias que sujetaban los anejos izquierdos á la hoja posterior del ligamento ancho; resección con bisturí del ovario izquierdo en forma de cuña, seguida de sutura con seda fina. Salpingostomía, conservando el tercio interno de la trompa, que estaba permeable, seguida de salpingo-ovaro-síndesis. Igual procedimiento en los anejos derechos; luego se hizo hístero-fijación. | Esta operada se encuentra perfectamente, y tiene sus reglas con toda normalidad. |
| 25 | Agustina García, 41 años, Salmoral (Salamanca), casada, plurípara. Operada el 3 de Diciembre de 1907. | Voluminoso quiste mucoídeo del ovario derecho. Ovaritis escleroquística en el ovario izquierdo. Ovariotomía del lado derecho. Resección del ovario izquierdo é ígneo-punción. Sutura. | Esta operada ha tenido después de la operación sus reglas normales. |

Sólo hago mención de 25 casos de mi clientela particular, y no de otros tantos ó más operados en la clínica del Instituto, porque carezco, á la hora presente, de datos acerca del resultado lejano de dichas intervenciones conservadoras.

Desde luego puedo afirmar que el resultado inmediato ú operatorio es excelente, por punto general; siempre se observa, á consecuencia de la intervención bilateral, algún movimiento febril poco pronunciado, alguna alteración vascular, que cede del segundo al cuarto día en cuanto aparece un ligero flujo sanguíneo (metrotaxis) revelador de la transitoria congestión uterina á que da lugar el traumatismo realizado sobre los ovarios. Pasado este fenómeno, que pudiéramos llamar crítico, todo entra en orden, y las operadas tienen una franca convalecencia. La curación inmediata es, pues, la regla, si se han guardado las precauciones asépticas debidas.

En cuanto á los resultados lejanos, mi estadística prueba que con la cirugía conservadora de los anejos desaparecen los sufrimientos que las enfermas experimentaban antes y después de la menstruación, realizándose ésta de un modo normal y periódico, y eso que en algunas operadas la cantidad de ovario conservada fué bien pequeña. Tres de ellas consiguieron hacerse embarazadas y parieron á termino (núms. 1, 2 y 21), aunque en alguna hubimos de practicar resección de la trompa conservada, seguida de salpingorrafia y fijación al ovario, ó sea la salpingo-ovaro-síndesis de Clado.

Resumiendo, diremos:

1.° Que, siempre que sea posible, debe hacerse cirugía conservadora en las lesiones de los anejos uterinos, sobre todo durante la vida sexual de la mujer.

2.° Que para apreciar las verdaderas indicaciones, es preciso practicar la laparatomía y no la colpotomía.

3.° Que los procedimientos que se empleen han de responder á facilitar las funciones del ovario y de la trompa, sin probabilidades de una reproducción de las lesiones que motivaron la intervención quirúrgica, y con las cuales pudiera peligrar la vida.

4.° Que contraindican la cirugía conservadora la edad avanzada ó la menopausia, las producciones malignas de los anejos que sean bilaterales, los procesos supurados y aun virulentos de igual condición y los tuberculosos.

5.° Que en los demás casos, y aun cuando el estado quístico y las adherencias peritoneales hayan deformado el ovario y la trompa, debemos siempre intentar su restauración funcional con la destrucción de aquéllas, seguida de la resección de la parte enferma del ovario, de la salpingostomia y de la salpingo-ovaro-síndesis.

# ÓSTEO-ARTRITIS TUBERCULOSAS EN LOS NIÑOS (1)

Por el Dr. Pablo Lozano
Del Instituto Rubio.

La frecuencia extraordinaria con que se presentan las ósteo-artropatías tuberculosas en los niños, unido á la gravedad que envuelve este temible padecimiento, mueven mi ánimo á molestar por breves momentos la atención del Segundo Congreso Español de Cirugía, con el fin de someter á su ilustrada consideración algunas conclusiones que estimo de sumo interés clínico.

A medida que la etiología de las afecciones óseas y articulares ha sido más conocida; que las propiedades regeneradoras del hueso peculiares del periostio han sido comprobadas; que el papel importantísimo que en el crecimiento de los huesos largos tienen ciertos cartílagos de conjunción, y que la clínica, con sus brillantes éxitos y con sus grandes desastres, ha ido poniendo en evidencia los procedimientos que por su bondad deben seguirse, así como aquellos que por su ineficacia deben desecharse, el tratamiento de las ósteo-artropatías tuberculosas de la infancia ha sufrido oscilaciones que, por ser de todos vosotros perfectamente conocidas é impropio de este momento, no he de reseñar.

Me limitaré, pues, á exponer lo que en mi sentir, y después de meditado estudio clínico, no sólo debe afirmarse, sino, muy principalmente y por todos los medios hábiles, difundirse para que arraiguen en el ánimo de los médicos y de las familias los deberes que impone á unos y á otros, no ya la existencia plenamente confirmada del *tumor blanco,* sino la sospecha de su iniciación; pues únicamente de ese modo podremos poner fácil remedio á su destructora marcha.

No he de encarecer la importancia de un diagnóstico precoz de la ósteo-artropatía articular tuberculosa: basta con decir que de él depende, casi constantemente, el éxito del tratamiento. Conocer en sus comienzos un tumor blanco, es la primera condición de su curación perfecta en tiempo relativamente breve y por modo sencillo; así es que, ya que los medios diagnósticos que pone á nuestra disposición el laboratorio no son lo eficaces y seguros que fuera de desear para facilitarnos tan preciosa adquisición, indicaremos sucintamente lo que la clínica nos dice, con elocuencia bastante, por fortuna, para poder seguir confiadamente sus precisas indicaciones.

Siempre que un niño presente dolores óseos ó articulares, debe-

(1) Comunicación al II Congreso español de Cirugía.

mos desechar el pretendido crecimiento doloroso de los huesos, así como el reúma infantil y aun la artritis blenorrágica y la sífilis ósteo-articular, pues para un caso de estas distintas enfermedades, que rara vez se presentan en los niños, observamos noventa y nueve ósteo-artropatías tuberculosas. Así es que, teniendo en cuenta la extraordinaria frecuencia del *tumor blanco* en los niños, cuando notemos en ellos limitación de los movimientos de alguna articulación, dolor espontáneo ó provocado con la presión en las epífisis articulares, derrame intra-articular ó deformidad en el dibujo de la región, no titubearemos en el diagnóstico y someteremos á un riguroso tratamiento al enfermito que tales síntomas presente. ¿Cuál ha de ser este tratamiento? Sencillamente: un buen régimen higiénico, consistente en mucho aire puro, mucha luz solar y abundante y sana alimentación; los preparados arsenicales y el aceite de hígado de bacalao como medicación; y como tratamiento local, que es el que por su mayor eficacia tiene más importancia, la inmovilización completa y absoluta de la articulación enferma, acompañada de la extensión continua, si ésta es fácil por tratarse de la cadera ó de la rodilla, y la aplicación de un vendaje ligeramente compresivo, escayolado ó silicatado.

Afirmamos categóricamente que toda ósteo-artropatía tuberculosa, tratada en sus comienzos por estos medios, se cura sin dejar vestigios de su efímera existencia.

Pero no siempre el médico tiene la oportunidad afortunada de intervenir en tan precioso momento. La existencia de derrames intra-articulares ó de fungosidades, y la formación de focos reblandecidos en las epífisis de los huesos correspondientes á la articulación enferma, suelen presentarse á nuestra observación cuando por primera vez asistimos á un enfermito. Pues bien: la mayor gravedad del pronóstico formulado ante estas circunstancias, no debe influir en nuestro ánimo, para desistir del tratamiento antes consignado en términos generales; por el contrario, pongámosle inmediatamente en práctica, y limitémonos á añadir las inyecciones intra-articulares de éter yodofórmico creosotado, hechas con rigurosa asepsia y con intervalos de siete días próximamente: las más veces, armados de paciencia, lograremos curar la articulación tan gravemente enferma, en el transcurso de algunos meses. Una saludable advertencia no está de más en este lugar. No nos dejemos nunca arrastrar por el deseo vehemente de las familias de ver andar á un coxálgico, ni á un enfermo de rodilla ó tobillo, sin muletas y zapato de alza que eviten el traumatismo que supone la progresión sin estos auxiliares, porque ser condescendiente antes de obtener una curación perfecta, supone un retroceso tan lamentable como seguro.

Aun en circunstancias peores, esto es, cuando los focos de supuración espontánea ó intencionadamente se hayan abierto al exterior, no debemos intervenir quirúrgicamente jamás en las ósteo-artropatías tuberculosas de los niños, en el sentido de práctica una artrectomía ó una resección, puesto que aun en estas difíciles circunstancias debemos poner en todo vigor el tratamiento anteriormente indicado, contando con bastantes probabilidades de éxito.

Acaso tengamos que recurrir á intervenciones atípicas, como raspados, abertura de focos supurados y excavaciones óseas, que facilitarán nuestra labor, haciéndola más breve; pero nuestra línea de conducta no debe propasarse á hacer resecciones en las artropatías tuberculosas de la infancia.

Si los medios indicados no bastaran, y las fuerzas del enfermo se fueran agotando, haciéndonos temer por su vida, apelaremos á la amputación, en la seguridad de realizar un bien al enfermito, recurriendo á esta mutilación en vez de á una resección, que por amplia que la realicemos, no podemos confiar en que libre completamente al organismo de los gérmenes que le agotan, y en cambio ha de ir seguida irremisiblemente de un acortamiento del miembro afecto, que ha de dejarle inútil para el cumplimiento de sus funciones, si es que no deja tras de sí dicha resección supuraciones inagotables.

En síntesis, nosotros entendemos:

1.° Que se debe poner el mayor cuidado en hacer un diagnóstico precoz de las ósteo-artropatías tuberculosas en los niños, si es que queremos curarlas pronto y radicalmente.

2.° Que un tratamiento riguroso debe emplearse en los distintos períodos en que la evolución del proceso tuberculoso se encuentre.

3.° Que como auxiliar del tratamiento señalado, y por cierto de una eficacia extraordinaria, debemos apuntar la *medicación marítima,* que el médico debe siempre aconsejar á las familias acomodadas, y además influir con una propaganda activa para que el Estado y demás entidades administrativas salgan en España de una apatía imperdonable, y que pugna con la actividad desplegada en todas las naciones cultas en favor de los sanatorios y hospicios marítimos, facilitando á los niños pobres la aplicación de este medio heroico de tratamiento de la enfermedad que nos ocupa.

Y 4.° Que por ser innecesario unas veces, ineficaz otras y siempre de lamentables consecuencias para el futuro funcionamiento del miembro afecto, el tratamiento quirúrgico debe desecharse como regla de conducta, limitando esta índole de intervenciones, en caso preciso, á las atípicas, como el raspado y excavación, y en último extremo, la amputación.

# UN CASO DE HIPOBULIA

POR EL DR. ABDÓN SÁNCHEZ-HERRERO

**Director del Sanatorio del Pilar; de la Beneficencia municipal, por oposición.**

*Consideraciones previas.*—Están tan poco estudiados en España los estados morbosos de la voluntad, que se vería en grave aprieto quien, siendo partidario de un prudente nacionalismo científico, como yo lo soy, quisiera estudiar este punto en autores españoles. Reconociéndolo así, sin duda, la Real Academia de Medicina de Madrid eligió este tema últimamente para uno de sus concursos de premios anuales. Y que no anduvo desacertada tan docta corporación, lo demuestra el hecho de estar la cuestión de la voluntad á la orden del día entre los psicólogos, y no ciertamente bajo el punto de vista psicológico puro tan sólo, sino para aplicaciones inmediatas al dominio de la medicina mental, de grandes consecuencias para los arduos problemas de pronóstico y tratamiento que estamos encargados de resolver los alienistas en beneficio de la humanidad.

*Hábito exterior.*—Trátase de un sujeto, joven aún (veintiocho años), natural de Madrid, soltero, de profesión maestro. La actitud del enfermo era la siguiente, el día que le vi por primera vez: tenía la cabeza inclinada sobre el pecho. A pesar de su juventud, se había quedado calvo. El color del rostro, pálido. Prefería la posición sentado ó echado que de pie, la cual podía resistir muy pocos momentos. En la locomoción, el paso era tardo, y se veía que la ejecutaba con manifiesta repugnancia. Era un fumador empedernido; nunca se le caía el cigarro de la boca; y aun no había terminado el uno, cuando encendía el otro. Poco se preocupaba de su limpieza personal y de sus vestidos, y había que tener una vigilancia particular sobre él á este respecto. No hablaba apenas nada; á mis preguntas contestaba siempre con frases muy breves, con monosílabos, y á veces no contestaba. En este último caso, era inútil insistir. Acababa por prescindir del interlocutor como si no estuviese. Jamás mostró deseos de relacionarse con los demás enfermos, de interesarse por ellos, ni tampoco de saber la fecha de su salida del sanatorio, cosa que solía preocupar bastante á sus compañeros. Era en este punto indiferente.

*Antecedentes personales del enfermo.*—Vamos á ver si el pasado de este sér puede arrojar alguna luz sobre tan enigmático presente, pues es regla general que, desarrollándose la historia de las generaciones con el rigor de un silogismo, la clave del presente se encuentra siempre en el pasado. Perteneciente A. V. á una familia de personas dedicadas á la enseñanza, hijo de un profesor meritísimo

y hermano de otros dos que gozan de legítimo crédito, natural era que prepararan á A. V. á seguir este camino, que indudablemente era el suyo. Terminada la carrera de maestro, y teniendo los suyos un colegio, empezó á trabajar en su compañía con verdadero afán. Según los que le conocieron en esta época, era un modelo de profesores. Paciente con los alumnos, de palabra fácil y persuasiva, claro en la exposición, teniendo el mérito de separar la idea principal de las accesorias, lo hipotético de lo demostrado, tenía también el de no recargar la memoria del alumno con detalles demasiado prolijos y de tender más al desarrollo de la razón que de la fantasía. Exacto en el cumplimiento de su deber, habíase conquistado el afecto, no sólo de sus discípulos, sino de las familias de éstos. Llegaba á tal punto la confianza que tenían en él, que acudían á consultarle los puntos que no habían entendido en las explicaciones de los otros profesores.

*Comienzo y desarrollo del proceso morboso.*—En esto comenzó á prepararse para unas oposiciones, sin interrumpir por ello sus lecciones en el colegio, y como, ya por éstas, ya por la vigilancia sobre los internos en la sala de estudios, estaba ocupado por el servicio todo el día, claro es que la preparación tenía que realizarla durante la noche, robando horas al descanso. A este motivo principal atribuye su familia lo que después ocurrió, sin que faltaran tampoco otras causas de extenuación nerviosa, no por ocultas, menos deplorables. Lo cierto es que le invadió una apatía indecible. Dejaba algunos días de levantarse, con el pretexto de que se sentía mal, con dolor en la cabeza y en los brazos. Tal conducta al principio no extrañó mucho á sus allegados, porque, como había sido tan trabajador, le suponían necesitado de reposo. Mas es el caso que lo que primero fueron días malos que le impedían hacer ejercicio, convirtiéronse bien pronto en semanas de permanencia en el lecho, y más adelante, en meses. Llamaron al médico, y éste declaró que A. V. carecía de lesiones orgánicas capaces de explicar semejante estado de postración, y que él no comprendía la manera de desenvolverse aquel síndrome. Que creía que tal vez se disipase en la misma forma que había comenzado. Y que por su parte opinaba que los medios morales eran por su misma naturaleza muy superiores á los agentes farmacológicos en el tratamiento de tan raro caso.

*Modificaciones observadas en el carácter de A. V.*—Este hombre, en su estado normal, había sido alegre, decidor, permitiéndose algunas bromas con los alumnos, nunca pesadas ni de mal gusto. Era también aficionado al *sport,* paseando bastante en bicicleta, sobre todo durante los veranos, en que disponía de más tiempo libre. Pues bien; sufrió una transformación: se hizo áspero y provocativo en el

trato, amante de la soledad, descuidado en el vestir, teniendo que obligarle á que se lavase, y con una afición inexplicable á permanecer á todas horas en cama. La esfera afectiva estaba asimismo interesada; su madre y sus hermanos, que, como es de suponer, hallábanse desolados al verle así, le eran indiferentes y hasta en ciertos momentos se diría que antipáticos. Los miraba como extraños. Un hecho acabará de revelar cuán profunda era la lesión de la vida del sentimiento en A. V.: en este tiempo murió su padre, que representa, como ocurre siempre, el alma de este hogar. Su pérdida suponía no sólo la de un valor moral inestimable, sino un verdadero quebranto en la posición social de esta familia. Recibió la noticia con la mayor frialdad: sin una lágrima, sin una exclamación de dolor, sin nada que demostrase la menor alteración de su ánimo, como si nada fuera con él. Llegada la hora de comer, lo hizo con excelente apetito. ¡Calcúlese cómo verían sus hermanos semejante insensibilidad!

*Mis observaciones directas sobre el paciente.*—Pocas veces he tenido un caso más curioso y digno de atención. Empecé por explorar la memoria. Conservaba un recuerdo exacto de las particularidades de su pasado, así del próximo como del remoto. Tanto en los detalles pequeños de su vida como en los sucesos de importancia para su porvenir. Reconocía perfectamente á cuantos amigos le visitaban. Excelente memoria para las fisonomías. Para comprobar el estado de su inteligencia, le puse un sencillo problema de aritmética; tardó bastante en resolverlo; la solución era exacta. Le hice preguntas de geografía y de historia, asignaturas que había explicado en el colegio. Las respuestas fueron verdaderas, y al mismo tiempo me miraba con malicia y se sonreía con expresión socarrona. La palabra era algo lenta, pero pronunciaba sin dificultad. No había, pues, la menor alteración de la conciencia: la orientación era completa. Se daba cuenta del objeto de su permanencia en el sanatorio. Los sentidos, ninguna anormalidad presentaban. En punto á las funciones de la vida vegetativa, observé lo siguiente: intensa salivación por las mañanas, que formaba un depósito extenso al pie de su cama; excelente apetito; comía muy despacio, hasta el punto de que terminaba siempre mucho después de los otros enfermos; la digestión, perfecta; movimientos respiratorios algo más lentos que en el estado normal; las manos de color violáceo y dando de continuo la impresión del hielo. Abundante sudor por la noche.

*La parte motora de la actividad del alma.*—En vista de que nada descubría anormal por el lado de la memoria ni por el lado de la inteligencia, púseme á indagar la voluntad de A. V., con el fin de descubrir la verdad. Yo paso de ordinario mi primera visita en mi

sanatorio á las nueve de la mañana, y la segunda á las seis de la tarde. A las nueve ya están levantados los enfermos, aunque en su respectiva habitación cada uno. A. V., á esa hora, estaba todavía en la cama. Pasada la visita era cuando se levantaba, siendo tan lento en vestirse y asearse, que no tardaba menos de una hora ningún día. Bajaba á las diez al jardín, y en él permanecía hasta la hora de comer (la una), pero era porque sabía que los enfermeros, por orden mía, habían cerrado con llave la puerta de su habitación; hubo vez que se les olvidó esta precaución, que yo les tenía muy recomendada, y A. V., aprovechándose del descuido, sólo estuvo en el jardín diez minutos, subiendo en seguida á acostarse de nuevo. La tarde la pasaba también en el jardín, y como, por la disposición del edificio, yo desde el gabinete de consultas podía observarle, me pasaba muchos ratos mirando á aquel hombre joven y lleno de vida que, si hubiera *querido,* hubiera, con poquísimo esfuerzo, vuelto á su vida de trabajo anterior y á su madre y hermanos, bien necesitados de su auxilio. Para esquivar aún el ligero esfuerzo muscular que supone la posición sentada, se tendía sobre un banco, y allí se estaba hasta bien entrada la noche.

*Sus reacciones ante el mundo exterior.*—Este género de vida, bajo el aspecto orgánico, le sentó bien. Se puso tostado como un segador, y aumentó su apetito. Sus hermanos, deseosos de despertar en él alguna actividad mental, le traían periódicos ilustrados para que los leyese y esto le sirviese de distracción. Quedábanse los paquetes sin abrir sobre la cómoda de su cuarto, sin que ni siquiera los mirase, y llenándose de polvo. Era un indiferente á cualquier estímulo intelectual. Los que vivimos para leer, sabemos que la lectura llega á hacerse tan necesaria como el alimento, y que, muy distantes de Luis XIV, á quien se atribuye esta frase incomprensible: *¿Para qué sirve leer?,* si se nos diese á escoger entre un día sin pan ó sin libro, vacilaríamos en la elección. No era más sensible tampoco á los estímulos de orden moral. Se interesaba muy poco por si sus hermanos ganaban poco ó mucho, si en el colegio eran numerosos los alumnos ó escasos, por si sus amigos se acordaban de él ó no, y en suma, por cuantos asuntos se relacionaban con la esfera de intereses de su familia y de los suyos propios. La vida—con su vario engranaje de relaciones interpsíquicas, por necesitarnos los unos á los otros de una manera continua (prueba evidente para el pensador de un destino común, porque á igualdad de medios de perfeccionamiento, igualdad de fin perseguido),—es la que hace que cada hombre se preocupe de los intereses llamados á satisfacer sus necesidades; y esta preocupación no existía en A. V.

*Diagnóstico.*—Hora es ya, para no fatigar más la atención del

que leyere, que harta prueba de bondad me ha dado si llega al fin de este desaliñado artículo, de decir mi juicio concreto sobre el enfermo A. V. Si el lector conoce el cuento titulado *El perezoso*, de aquel inimitable artista de la pluma que se llamó en vida Alfonso Daudet, legítima gloria de la literatura francesa y aun de la literatura universal, tendrá una idea exacta de los procesos motores de mi historiado. Tan cierto es, que el arte y la ciencia, cuyos fines respectivos son la hermosura y la verdad, se armonizan de la manera más exquisita, como oraciones aladas que suben del sér finito al infinito. ¿Era A. V. un simulador? No hay que pensarlo siquiera. El simulador tiene un interés inmediato en la simulación: simulan muchos con el fin de eximirse del servicio militar; para evitar la responsabilidad por delitos cometidos; siempre hay un objeto claramente definido que explica el engaño. Pero aquí no existía; este hombre estaba colocado en el medio más favorable para conseguir sus deseos; no tenía más que continuar trabajando con calma y sin necesidad de matarse. Era querido y considerado; animado y sostenido por su madre y sus hermanos, éstos le hubieran ayudado á vencer cualquier dificultad imprevista, porque se trata de una familia muy unida ante la adversidad. Luego la suposición de la simulación es absurda. No había causa para ella, ni objeto.

*Reflexiones finales.*—Vemos de repente á este sér interrumpir su actividad, entrar en su conciencia el indiferentismo, rechazar la idea del movimiento, hacerse sordo á las reflexiones y consejos de todos, descuidarse en su aspecto, respondiendo este cuadro sindrómico (al que también acompañaba una pérdida de la noción de los deberes morales) á una etiología de agotamiento nervioso, por exceso de trabajo mental y por excesos genésicos. Esta es la etiología de la enfermedad de Beard; pero no llegada aún al período de las fobias, no, sino en el de las *obsesiones-indecisiones*. Esta voluntad, decaída ya, no reaccionaba ante el mundo exterior; de su endocosmos habíanse borrado las imágenes virtuales de los procesos de movimiento; se había perdido tiempo, mucho tiempo, en tentativas inútiles; había gastado su familia bastante dinero en hacerle viajar, visitar aguas minerales, ensayar diferentes agentes farmacológicos, y á nadie se le había ocurrido aconsejar lo único que podía crear en aquel endocosmos perturbado, los dinamismos orientados hacia la salud orgánica y mental: la *sugestión hipnótica*.

## SECCIÓN CIENTÍFICA ORIGINAL

### SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR CON INYECCIONES INTRAVENOSAS DE DISOLUCIÓN DE FLUORURO SÓDICO

POR EL DR. MIGUEL GIL Y CASARES

Catedrático de Clínica médica de Santiago.

Los fluoruros, y especialmente el de sodio, han sido empleados por algunos clínicos en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar. (¿Habrá algún fármaco que no se haya ensayado contra este azote?) Pero los resultados del tratamiento no debieron ser muy halagadores, pues aquellos compuestos no encontraron la aceptación general que otros hallaron, siquiera no fuese más que una aceptación transitoria.

Por este motivo no se me hubiera ocurrido hacer experiencias personales con el fluoruro de sodio, si á ello no me incitara mi primo el catedrático de Análisis química de Madrid, D. Jose Casares Gil. Este profesor—que prestó siempre especial atención al problema de la existencia del fluor en las aguas minerales y ha ideado métodos especiales para descubrirlo,—sorprendido por la presencia de cantidades relativamente importantes de fluor en algunas fuentes minero-medicinales de Galicia, y en particular en las afamadas como antituberculosas ó antiescrofulosas, me indicó, repito, la conveniencia de perseverar en el estudio de la acción de los compuestos de fluor sobre determinadas enfermedades, y especialmente sobre las del aparato digestivo que se acompañan de fermentaciones anormales, pues bien sabido es que los fluoruros son poderosamente antisépticos: «Á débil dosis, dice *Stokvis,* el fluoruro sódico impide el desarrollo de un cultivo tuberculoso, y mata todos los elementos celulares sin determinar alteraciones perceptibles á simple vista.»

Aceptando desde luego la indicación de mi primo Casares, no me determiné, sin embargo, á emplear el fluoruro sódico por vía digestiva, no solamente porque otros clínicos habían hecho ya el ensayo, infructuoso al parecer, sino principalmente porque temía provocar desórdenes gástricos en mis enfermos tísicos.

Desechada la vía digestiva, recurrí en primer término á la subcutánea; mas eran tan intensos los fenómenos dolorosos locales que aquejaban los enfermos á seguida de inyectarles algunos miligramos de disolución de fluoruro sódico, que muy pronto hube de desistir de mi intento.

Recurrí entonces á la vía intravenosa. Más adelante diré algunas palabras sobre la técnica de estas inyecciones, á las cuales es tan poco aficionada la generalidad de la clase médica, no sé si por falta de experiencia ó por recelos injustificados. Desde luego no será por la dificultad que ofrezca, y es buena prueba de ello que mis internos de la Clínica—estudiantes, no médicos—saben propinar con toda pericia y facilidad esta suerte de inyecciones.

Procedí al principio con suma prudencia en cuanto á la dosificación del remedio, pues es opinión general que los fluoruros son cuerpos muy tóxicos, y además, todas son conjeturas y probabilidades por lo que á las dosis terapéuticas concierne. Inyecté, digo, al principio dosis muy débiles, empezando por la de un miligramo y observando cuidadosamente sus efectos; pero animado por la inocuidad de mis ensayos, reforcé las dosis hasta llegar al límite máximo que yo creo haber podido determinar.

*Esta dosis máxima del fluoruro sódico, disuelto en líquido salino fisiológico esterilizado, oscila entre cuatro y siete centigramos, según los individuos.* Se reconoce que se ha llegado á la dosis máxima porque, á los pocos minutos de hacer la inyección intravenosa, experimenta el sujeto un dolor, que puede ser muy vivo, en el abdomen. Creo firmemente que se trata de un dolor intestinal, pues á veces se acompaña de borborigmos. La mayoría de los enfermos lo localiza al nivel del ombligo, otros en el hipocondrio izquierdo ó en el hipogastrio, y algunos en la región renal. Es tan agudo á veces el dolor, que los enfermos se echan en la cama y se retuercen como si fuesen presa de un cólico. Pero el dolor sólo dura breves instantes, desde algunos segundos, á uno, dos ó tres minutos, y después cesa por completo. Por otra parte, el dolor no se acompaña de náuseas, vómitos, evacuación ventral, palpitaciones cardíacas, ansiedad, vértigos, sudores, etc.; de suerte, que es un fenómeno sin importancia alguna.

He examinado el jugo gástrico de muchos tísicos, y ninguna relación he encontrado entre la presentación del dolor ó la intensidad del mismo, y las proporciones de acidez total ó clorhídrica del estómago. Por lo demás, es bien sabido que ninguna regla general cabe formular acerca del quimismo gástrico en los tuberculosos.

Debo hacer constar expresamente que, *en las dosis arriba indicadas de cuatro á siete centigramos por día, el fluoruro sódico es un cuerpo totalmente inofensivo aun cuando se administre durante largos meses.* Esta aseveración pugna abiertamente con las afirmaciones de algunos acreditados terapeutas. Las inyecciones intravenosas de solución de fluoruro sódico que yo y mis alumnos del hospital hemos dado, se cuentan por miles, y jamás he visto que pro-

dujeran ningún accidente peligroso; tampoco provocan albuminuria.

Pero las inyecciones deben propinarse con pericia. Si el líquido se inyecta en los tejidos perivenosos y no en el interior de los vasos, provoca un dolor atroz y muy duradero en el sitio de la inyección. He visto un caso en que la piel se esfaceló en la extensión de una moneda de dos reales; la inyección la había dado un compañero aún poco diestro.

No estará demás que recuerde brevemente la técnica de las inyecciones intravenosas. Yo me sirvo solamente de jeringas de vidrio, modelo Lieberg, de dos gramos de capacidad. Estas jeringas, aparte de la perfección con que están fabricadas, ofrecen la ventaja de poseer en su extremidad anterior una pieza desmontable y provista de un estrecho conducto tubular por donde asoma una columnita de sangre cuando la aguja está en la cavidad venosa. La jeringa y sus cánulas, que siempre deben estar bien aguzadas (las cánulas de platino se embotan fácilmente), se hervirán durante cinco minutos antes de hacer la inyección. Esta se practica en cualquiera de las venas de la flexura del codo, en la que parezca más gruesa y superficial. Por lo regular, los tísicos tienen una red cutáneo-venosa tanto más desarrollada, cuanto que la grasa no les sobra. Hay, no obstante, excepciones. En algunos casos, será preciso elegir una vena del antebrazo ó de la mano por no ser perceptibles las del codo; otras veces habrá que buscar éstas por el tacto, y herir la vena por tanteos repetidos y difíciles.

Para aumentar la turgencia venosa, cerrará el enfermo con fuerza el puño, dejará pendiente el miembro, y constreñiremos moderadamente la parte media de su brazo con un grueso tubo de goma. Sobra la vena elegida se frotará enérgicamente la piel con alcohol y éter; no es precisa otra desinfección. Se monta la jeringa con su cánula, se expulsa el aire que penetre al aspirar el líquido y se clava la cánula en la piel, imprimiéndole una dirección casi paralela á la vena. El clínico experimentado conoce pronto si la aguja se halla ó no en el conducto venoso por la diferente sensación de resistencia que encuentra al introducirla; pero además hay un signo enteramente demostrativo, que es la aparición de una columnita de sangre en la parte anterior de la jeringa. En cambio, si la sangre no pasa á la jeringa, aunque se practique un muy ligero ensayo de aspiración, la aguja no estará en la vena, y en este caso no debe, en manera alguna, inyectarse el líquido, pues una sola gota que pase á los tejidos provocará crueles dolores.

Sucede á veces que la columnita de sangre, que retrocede hacia el cuerpo de bomba, trae por delante una burbuja de aire; si esto

ocurre, no hay necesidad de desmontar la cánula ni de retirarla; dejaremos que el aire y la sangre penetren en el cilindro de vidrio, y elevando entonces el cuerpo de la jeringa, ascenderá la burbuja hasta tocar al émbolo, y podremos inyectar el líquido que hay delante. La inyección se hará con lentitud, retirando un poco el émbolo de vez en cuando para cerciorarnos de que retrocede la sangre, y, por consiguiente, de que la cánula no ha traspasado las dos paredes de la vena, cosa muy posible.

Ya he dicho cuáles son las dosis de fluoruro sódico que yo empleo; prescribo una disolución al tres y medio por ciento en líquido salino fisiológico, que se esterilizará al autoclave. Lo mejor es conservarlo en ampollas de dos centímetros cúbicos de cabida, cerradas á la lámpara de alcohol.

***

Comencé mis experiencias con el fluoruro sódico en la primavera de 1906. Confieso que tenía poca fe en los resultados. Mi única esperanza se fundaba en el hecho descubierto por *Brandl* y *Tappeiner* (1), de que el fluoruro sódico se acumula en el organismo gracias á que el fluor se une á la cal y se deposita en ciertas vísceras, constituyendo un compuesto cristalino, que es probablemente espato fluor. Buscaba yo, pues, la calcificación de los tubérculos, no la acción antiséptica poco probable, aun con las dosis relativamente elevadas que yo empleo.

Empecé mis ensayos sistemáticos en todos los tuberculosos de mi clínica hospitalaria. No tengo para qué recordar que estos tísicos de hospital suelen ser casos en tercer período, totalmente inadecuados para conseguir éxitos satisfactorios. Por lo general, se trata de enfermos desahuciados, que han agotado sus recursos y sus fuerzas, y que se refugian en el hospital para esperar resignados su última hora.

Al poco tiempo de comenzar mis ensayos, uno de los tuberculosos experimentó una mejoría tan insólita, que hubo de llamarnos sobremanera la atención. Se trataba de un jovencito de diez y seis años, tísico en segundo grado, con lesiones extensas y profundas en uno de los vértices (matidez, estertores cavernulosos consonantes, etc.), con expectoración abundante, moco-purulenta y muy cargada de bacilos de *Koch*, con fiebre hética, adelgazamiento considerable, sudores, etc. En tres meses escasos mejoró de tal manera el enfermo, que yo lo desconocí al regresar de la vacación estival. En fines de Septiembre el enfermo no tosía ni expectoraba; la

(1) *Zeitschr. f. Biologie.* 1892. Bd. X. Heft. 4.

fiebre había cesado por completo, y el peso corporal había aumentado 8 kilos. Se apreciaba solamente algo de matidez sobre el vértice izquierdo y respiración algo ruda, pero sin esterteres. La mejoría ó convalecencia siguió en aumento, y en fines de Diciembre fué dado de alta el enfermo. En esta fecha, la oftalmo-reacción con tuberculina antigua al 1 por 100 daba, no obstante, resultado positivo.

Animado por tan halagüeño caso, emprendí todavía en mayor escala mis ensayos, que extendí á aquellos enfermos de mi práctica privada que se prestaron gustosos. Hago gracia al lector de las historias clínicas detalladas. Algunas de ellas he de presentarlas al primer Congreso nacional de la Tuberculosis (Zaragoza-Octubre). Por el momento, y puesto que este trabajo sólo tiene el carácter de una comunicación provisional, me limitaré á resumir mis observaciones, que ya son muy numerosas (más de cuarenta casos).

El primer efecto que producen las inyecciones intravenosas de fluoruro sódico, aparte del dolor ventral que á veces—no siempre—las sucede, es un aumento considerable del apetito. Este efecto aperitivo es muy seguro—en casi todos los casos—y duradero; algunos enfermos duplican la ración alimenticia.

A la vez, los enfermos suelen experimentar mayor sentimiento de fortaleza, sea porque comen mejor, sea por otros motivos que yo ignore, sin que eche en olvido la posibilidad de que intervengan influencias puramente sugestivas.

La expectoración no disminuye al principio; pero suele fluidificarse notablemente y hacerse más fácil; después amengua. *Tuffier* ha notado el poder fluidificante de las soluciones de fluoruro sódico sobre el moco de las cistitis glerosas. ¿Podríamos pensar en un efecto análogo sobre el moco bronquial, en el supuesto de que parte del fluor se elimine por el aparato respiratorio?

Los bacilos parecen disminuir en los esputos; pero yo no acostumbro á numerar los bacilos previa la digestión y centrifugación de los productos expectorados, y ya se sabe que no basta la inspección simple de una sola preparación por frotamiento, para afirmar si el número de bacilos aumenta ó disminuye.

En algunos casos la tos y la expectoración cesan por completo.

Los fenómenos locales no se modifican rápidamente; pero á la larga puede observarse notable mejoría.

La fiebre desciende gradualmente cuando sólo se trata de fiebre vespertina. Pero debo advertir expresamente, que el fluoruro sódico es impotente en las tisis rápidas y muy febriles. Bien es verdad que en tales casos no hay remedio alguno de utilidad. El peso del cuerpo aumenta rápida y regularmente en casos favorables. Otras ve-

ces se conserva el equilibrio del peso corporal; pero los enfermos mejoran.

El estado anémico propio de los tísicos se modifica á ojos vistos. No he hecho determinaciones hemoglobinométricas sistemáticas; pero desde luego puedo asegurar que el fenómeno resulta evidente.

Por fin, he advertido repetidas veces, que después de administrar veinte ó treinta inyecciones intravenosas de fluoruro sódico sin obtener, al parecer, gran resultado, los enfermos mejoran, uno ó dos meses más tarde, de una manera sorprendente.

Debo hacer constar que, aparte de esta medicación, hago observar á mis enfermos el tratamiento higiénico-dietético ordinario (reposo, alimentación copiosa, aireación). Alguna que otra vez les administro una pequeña cantidad de tiocol ó de duotal, un ligero narcótico para calmar la tos nocturna, un astringente intestinal si hay diarrea, etc. Pudiera suponerse que los buenos resultados obtenidos no dependen del fluoruro sódico, sino de todo lo demás (que siempre es lo más importante); pero yo creo obtener éxitos más numerosos y satisfactorios desde que empleo con perseverancia aquel remedio.

Es muy probable que el expresado agente dé buen resultado en otras localizaciones de la tuberculosis, y sobre todo en las tuberculosis óseas, puesto que parece estar demostrado que el fluoruro sódico se acumula en los huesos bajo la forma de espato fluor; pero nada puedo afirmar en concreto sobre el asunto por falta de experiencia.

No creo haber hecho ningún descubrimiento trascendental. Por de pronto, me limito á afirmar que el fluoruro sódico, en las dosis y forma en que yo lo administro á los tuberculosos, es un medicamento inofensivo, y es útil en muchas ocasiones. Por esto publico el resultado de mis experiencias, para que otros clínicos puedan comprobarlas ó rectificarlas.

---

Con posterioridad á la fecha en que escribí el anterior trabajo, he hecho nuevas observaciones que expongo en resumen:

1.ª Si bien es cierto que las dosis parciales de FlNa no deben ser superiores á 4 ó 7 centigramos, los enfermos toleran perfectamente 14 centigramos del expresado cuerpo, distribuídos en dos ó tres inyecciones. *Esta dosis de 14 centigramos «pro die» es la que ahora propino á los tuberculosos.*

2.ª En *dosis superior á 24 centigramos* «pro die», el FlNa determina *síntomas tóxicos*, caracterizados por sed, anorexia, vómitos, sudores, excitación general, temblor é insomnio. Estos fenómenos son rápidamente pasajeros.

3.ª Resulta de delicados análisis cualitativos practicados por mi primo Casares, que el F1Na *no se elimina con los esputos* ni con la saliva. En la orina se encuentra el F1Na con relativa facilidad y abundancia.

Santiago, Agosto de 1908.

---

## ALGUNAS OBSERVACIONES RELACIONADAS CON LA LACTANCIA ARTIFICIAL

### CONFERENCIA DADA EN EL INSTITUTO DE TERAPÉUTICA OPERATORIA

(CONCLUSIÓN)

POR EL DR. D. JESÚS SARABIA Y PARDO
Del Instituto Rubio.

Es de gran interés hallar una fórmula capaz de poder determinar la reacción alimenticia diaria del niño en lactancia, y al efecto, se ha tratado de señalar por diversos autores cierta cantidad, en relación con el coeficiente de absorción, peso y capacidad gástrica.

Según la experiencia de Heubner, de Berlín, el niño debe consumir diariamente, durante el primer trimestre de la vida, una cantidad de leche equivalente á la sexta parte de su peso y casi la séptima durante el segundo semestre, modificándose la cantidad, á partir de esta época, según el aumento del cuerpo.

Variot, basado en el número de asistentes á su Gota de Leche, de Belleville, en París, deduce que la ración del lactante debe aproximarse á la séptima parte de su peso.

Una y otra opinión son bien diferentes de la de Maurel, que señala próximamente una cantidad de alimentación diaria, equivalente á la décima parte del peso del niño, es decir, cien gramos de leche por cada kilo de peso. Esto, á juicio de algún autor, resulta deficiente, y expone á los niños á padecer hambre.

La atrofia infantil, tanto puede ser determinada por falta de alimento como por la irregularidad en las tetadas.

Aplicada la ley Maurel sistemáticamente con todo rigor, se lleva el niño en ocasiones á una deficiencia alimenticia altamente perjudicial, y contra esta ley han levantado su voz clínicos como Boissard, de París; Lust, de Bruselas; Fleischman, de Viena; Morgan Rotch, de Boston, y otros.

Juzgada esta fórmula de peligrosa, por unos, y de inaceptable é incapaz de satisfacer las necesidades del niño, por otros, no es posible su defensa para ser aplicada sin reservas, teniendo en cuenta que la observación constante nos demuestra lo difícil que es someter á una regla fija á todos los niños que se alimentan al biberón, pues no todos resisten á la misma ración alimenticia, demostrándolo así

las oscilaciones del peso, que es el principal regulador de la nutrición del niño.

La edad, el clima, la estación, son factores dignos de tener en cuenta para el aumento y disminución de la cantidad de leche que debe tomar el niño en las veinticuatro horas. Las precauciones que deben tenerse durante el estío son tan importantes, que de su determinación exacta depende la profilaxia de perturbaciones intestinales, y muy especialmente de la diarrea, causa de la excesiva mortalidad dentro del primer año de la vida.

Es difícil de resolver de plano con una fórmula definitiva este problema de la alimentación; pero es indudable que la ley Maurel, ó las de Heubner y Variot deben ser aceptadas como puntos de partida, como tanteo hasta precisar la ración alimenticia adecuada á cada niño, para que sea útil y saludable á su crecimiento, y definir después, con arreglo al peso, la cantidad de leche que ha de constituir su alimentación diaria.

No perdamos de vista que este es un asunto muy complejo, y que es preciso observar bien y mucho acerca de él en la clínica, pues el desarrollo normal y la salud del niño se resienten con facilidad, por efecto de la práctica de caprichosas y ligeras apreciaciones de los que no prestan á esta cuestión todo el estudio que se merece.

Acéptese como buena cualquiera de las fórmulas propuestas, pero no se olvide que cada niño encierra en sí un problema á resolver con el peso constante hasta hallar el verdadero coeficiente alimenticio. Todo lo que no sea proceder de este modo, es caminar guiados por un empirismo muy peligroso.

Conviene, como dato de extraordinaria importancia, y como complemento de lo expuesto, tener presente para el problema alimenticio conocer la capacidad gástrica del niño, detalle de estudio de transición para valorar la cantidad de alimento, pues de la calidad ha de juzgarse por las precedentes ideas de anatomía y fisiología de su aparato digestivo, así como de la bioquímica de la leche que ha de ser su alimento.

Estudios realizados en estómagos vacíos y en estómagos llenos de agua, y sobre todo de las observaciones de Beneke, se deduce que la capacidad del estómago es la siguiente:

| | Centímetros cúbicos. |
|---|---|
| Día primero de la vida | 40 á 45 |
| Primera semana | 46 á 50 |
| Primer mes | 100 á 125 |
| Cuarto mes | 170 á 185 |
| Primer año | 300 á 400 |
| Segundo año | 600 á 750 |

Con arreglo á estas medidas de capacidad, se puede intentar una dosis adecuada á la edad, al peso y al poder digestivo.

***

No solamente es preciso calcular la cantidad de alimento que se ingiere, sino también el que se absorbe, y cuál es el coeficiente de absorción.

Los Dres. Nabecourt y Merklein han hecho estudios relativos á niños sanos y dispépticos, en cuanto se refiere á cantidad de grasa y albúmina que se absorbe, y son de gran utilidad, por lo ventajoso que resulta calcular en los niños, especialmente en los dispépticos, la capacidad digestiva para las grasas y albúminas, con el objeto de reglamentar su cantidad en el régimen.

En niños de diez y siete á veinte días, con peso de 2.000 á 2.500 gramos, lactados á pecho, con aumento diario de 21 gramos, que exigiría 20,17 gramos de grasa, absorbían 19,92 con un coeficiente de absorción de 97,80 gramos por ciento de leche ingerida.

Otra observación radica en niños de igual edad y peso; pero dispépticos que ingieren 15,64 de grasa, absorben 15,31 y tienen un coeficiente de 97,51, con aumento diario de peso de 20 gramos.

Igual observación se ha hecho en niños criados con leche esterilizada. En uno, por ejemplo, que en la primera fase perdía 5 gramos diarios, ingiere 19,37 de grasa, absorbe 15,80, y su coeficiente de absorción fué de 86,26 por 100. En otra fase en que ganaba 47 gramos diarios, ingería 21,93 de grasa, absorbía 20,89, y el coeficiente de absorción era de 95,23 gramos por 100.

En cuanto se refiere á la albúmina, conviene consignar que el niño de ocho días á un mes, con peso de 2.500 gramos, que ingería 7 gramos diarios de albúmina, excretaron 0,15 de urea en las veinticuatro horas, ó sea 1 gramo 86 por 100 de albúmina ingerida. En los niños dispépticos que ingieren 9 gramos de albúmina, excretan 0,46 de urea.

En los niños enfermos criados con leche esterilizada, que ingieren 14,12 gramos de albúmina, excretan 2,12 de urea al día, ó sea 13,90 por 100 de albúmina, 0,52 por kilogramo de peso; es decir, que los niños normales eliminan poca urea, en relación con albúmina ingerida, y los dispépticos eliminan de 3 á 8 veces más.

Barter sostiene que la cantidad de urea eliminada no depende de la albúmina ingerida, sino de la digerida, que luego es utilizada. En los niños dispépticos—dice—el exceso de urea eliminada supera á veces á la ingerida, lo cual depende de una autofagia azoada procedente de los mismos tejidos, y es cosa rara que así resulte un aumento de peso diario de 10 gramos, lo cual explica por qué esta

pérdida de substancias azoadas es compensada por ganancia en agua y en substancias terciarias, resultando el aumento de peso poco expresivo del estado nutritivo.

Las grasas se digieren de un modo imperfecto, y tal vez tomando substancias azucaradas se compense la asimilación insuficiente de dichas grasas, y así se disminuirá la eliminación de urea.

Dedúcese de lo anteriormente expuesto, que cuando nos encontremos en presencia de un caso, en el cual la alimentación bien regulada en dosis y tiempo no nos dé un crecimiento y nutrición adecuada á la edad, es preciso recurrir á la investigación del coeficiente de absorción de grasas y albúmina, por medio de un análisis de los excrementos del niño, para determinar la cantidad que se elimina de las primeras, y de la orina, para averiguar la urea eliminada, signo que nos pondrá en conocimiento de la albúmina absorbida.

*Peso.*—Como elemento de diagnóstico, mejor dicho, de reactivo para deducir las buenas condiciones de una alimentación, tenemos el peso que debe ser nuestro guía durante los doce primeros meses de la vida.

Es el peso á la lactancia lo que el termómetro á la fiebre: que así como en ésta nos lleva conociendo el camino que recorre un enfermo, y nos señala sus altas y bajas, útiles de conocer para nuestras intervenciones terapéuticas, así el peso es un elemento, si no absoluto, por lo menos de imprescindible uso y de gran valor en la dirección de la lactancia. De acuerdo con el profesor Heubner, el color y los caracteres de la piel, la dureza de las carnes, etc., significan mucho, acaso tanto como el peso, para poder juzgar de la utilidad de la alimentación á que está sometido el niño; pero del mismo modo que en una infección, no solamente la fiebre, sino el conjunto de los demás síntomas es lo que define el estado del enfermo, así el peso, en unión de los demás caracteres del lactante, nos conducen al juicio exacto del estado hijido ó patológico del niño.

Sin llevar la nota de las pesadas, es imposible guiar con tranquilidad una lactancia. En efecto: ¿cómo sin el peso podríamos conocer cuando existe una sobrealimentación, que tantas y tan desagradables sorpresas ofrece al clínico? Repetidas veces llamamos la atención á las madres, de los próximos peligros de un exceso de aumento de peso sobre el normal, y pocas veces el clínico se equivoca al predecir una indigestión con sus consecuencias en niños que en una semana su cifra de peso ha sobrepasado de 400 gramos, como ha sucedido en muchas ocasiones por alimentar á los niños con más ración de la conveniente; y menos mal que la naturaleza á veces resuelve el conflicto por vómitos ó diarreas que, si no arrai-

gan, son válvulas de seguridad espontáneas, pero temibles por sus consecuencias, si dejan rastro de lesión ó infección intestinal.

Sirven de guía de peso, como más acreditadas, las tablas de Bendix y de Sutils, comprensiva la primera desde el nacimiento con peso de 3.250 gramos hasta los catorce años de 37 kilos 45 gramos, y la segunda desde el nacimiento con peso de 3.000 gramos hasta los veinticuatro meses, de 11 kilos 500 gramos. Aunque la primera tabla señala cifra más elevadas que la segunda, creemos las dos muy aceptables, porque en último caso su promedio resultaría lo más exacto.

***

El niño que se alimenta artificialmente, puede hacerlo con leches de vaca, de cabra, de burra, bien directamente ó bien por medio de biberón, puras ó mezcladas con otras sustancias.

¿Cuál de estas leches es la mejor? Puede contestarse diciendo que todas son buenas si se usan en debida proporción á las condiciones del lactante. No tenemos predilección por ninguna, siempre que ellas sean procedentes de animales sanos y se preparen de modo tal, que la proporción de sus componentes sea lo más parecida posible á la de la especie humana, que es la leche tipo de alimentación.

Todos los observadores publican éxitos de alimentación alcanzada con cada una de las diferentes clases de leche, y no hay razón científica, después de lo expuesto, que abone en contra de su uso cuando es necesario. Pero, ¿es que la leche tomada directamente del animal, es de mejor resultado que cuando ha sido sometida á procedimientos de mezcla ú esterilización, por dificultades de uso ó por que así conviene hacerlo en previsión de enfermedades que pudieran transmitirse? Los hechos demuestran que no es posible responder afirmativamente en absoluto.

Conozco los resultados de la comparación de los efectos de la alimentación directa con leche de vacas suizas y con la leche esterilizada: estudios hechos en el establecimiento de la Gota de Leche, de Lisboa, único establecimiento de esta clase en donde se practica esta alimentación comparativa, y deduzco que el desarrollo de los niños alimentados bajo dirección médica ha sido semejante en todos los casos.

Allí donde la alimentación directa no puede hacerse, ¿qué leche modificada es la preferible? Nuestra opinión es que cualquiera de las conocidas puede ser utilizada. Los resultados positivos han sido más estudiados en la leche esterilizada á 104°, durante cuarenta y cinco minutos de esterilización.

Se han atribuído á la leche esterilizada algunas desventajas para la alimentación. Dicen que su albúmina toma un aspecto grumoso; la grasa se reúne en gruesas gotas; el azúcar se carameliza, y, por último, que se desprende el fósforo de su compuesto orgánico, la lecitina. Pero con todas estas desventajas, que no son tan exageradas cuando la esterilización está bien hecha, debe tenerse por la más aceptable, porque la esterilización libra á la leche de los microbios; la mantiene lo más pura posible, y conservada en frío hace inactivos los micro-organismos subsistentes. Conforme con la opinión de Dumond, la leche esterilizada es perfectamente digerida y no produce trastornos gastrointestinales si está bien administrada, y cura la atrofia á los que la padecen: tampoco es causa del escorbuto ni del raquitismo, que son determinados por la alimentación defectuosa y no por la leche esterilizada. La esterilización, en fin, destruye los microbios y los fermentos nocivos, y permite su conservación. Así lo demuestra también el Dr. Ulecia con hechos consignados en su notable trabajo sobre *El valor nutritivo de la leche esterilizada.*

La pasteurización responde á fines análogos, y debe aceptarse también para la lactancia, con garantías de éxito.

El estudio comparativo de la composición de las diferentes clases de leche arroja lo siguiente:

| | Albúmina. | Grasa. | Azúcar. | Sales. | Calorías. |
|---|---|---|---|---|---|
| Un litro de leche de mujer contiene... | 10 | 35 | 70 | 2 | 655 |
| — — de vaca — ... | 30 | 34 | 45 | 7 | 625 |
| — — de cabra — ... | 35 | 39 | 44 | 8 | 686 |
| — — de burra — ... | 23 | 16 | 60 | 8 | 489 |

Conocida la composición de estas leches, se justifica la necesidad de la mezcla, en los primeros meses de la vida, con agua ó con otras substancias, para equipararla en azúcar y disminuir el exceso de albúmina que ellas tienen sobre la leche de mujer.

¿Hasta cuándo se ha de administrar la leche mezclada y en qué condiciones? Por regla general se admite hasta el tercer mes, pero esto es susceptible de variaciones, que han de ser reguladas por el peso, crecimiento y condiciones físicas del lactante.

Se han observado buenos efectos en niños débiles, en los que la mezcla ordinaria á $^1/_3$ ó $^1/_4$, ó la mezcla de Heubner no dan resultado, con el uso de: 1.°, leches en las cuales se ha rectificado el exceso de caseína (leche de Winter y Vigier, leche de Gärtner, leche de Dufour, leche de Szekély, leche albumosa de Rieth, leche de Biedert, leche de Lahmann, y las leches modificadas de los americanos); 2.°, leches en las que se ha modificado el exceso de grasa (le-

che descremada de H. de Rothschild); 3.°, leches peptonizadas en cuya caseína se ha producido artificialmente una digestión (leche de Backhaus, leche de Budin y Michel, y la leche *pegninada* de Von Dungern). Iguales efectos se han obtenido con la leche condensada, la oxigenada por el procedimiento de Behring. Por último, los estudios de Variot y Chavalier respecto de la *leche homogeneizada*, que abren un campo de esperanzas en favor de la aceptación de esta clase de leche para la lactancia, pues ella corrige esa disgregación de la manteca de la leche esterilizada á 108°. Con dicho procedimiento se evita esta aglomeración de manteca grasa y la coagulación de la caseína, que forma una mezcla íntima con la grasa, haciendo más digestible la leche. Nosotros creemos firmemente que los buenos efectos obtenidos por todas estas clases de leche son debidos á la buena dirección de la lactancia. ¿Quién no conoce casos de niños fuertes que resisten perfectamente á las alteraciones patológicas con energía igual á los alimentados por leche materna, cuando éstos fueron nutridos por leche de otras clases? Los hechos clínicos no deben negarse, consignarlos con toda franqueza, y ante ellos fracasan cuantas teorías se han empleado para combatir sistemáticamente el uso de toda clase de leche que no sea la materna, porque hay que tener en cuenta en estos asuntos que la única fuente de enseñanza aceptable, en primer término, es la clínica.

Otro asunto que debo tratar es el referente á la época en que el lactante puede hacer uso en su alimentación de otras sustancias distintas de la leche. Las harinas de diferentes clases que se expenden en el comercio, son recomendables solamente como alimento complementario de aquélla en niños sanos, y á los cuatro meses de edad, jamás antes, pues no pueden ser considerados como alimentos equivalentes á la leche, por contener menos grasa y mayor cantidad de hidratos de carbono en forma de almidón.

Cada niño en tratamiento es un caso á estudiar, y acerca de este asunto no es posible sentar reglas fijas. El variable poder digestivo de cada niño será la norma que guía al médico, y no se deben olvidar jamás los conflictos patológicos á que el niño se halla expuesto, y la previsión necesaria para que no falte alimento digerible en casos de enfermedad.

Debo llamar la tención acerca de la preocupación de muchas madres que alimentan á sus hijos con biberón, las cuales solicitan aumento de dosis, en la creencia de que la avidez que éstos muestran después de cada toma es debida á hambre, por olvidar que el niño sostiene por instinto los hábitos á que se le somete, y sin necesidad simula deseo de más alimento. A la solicitud de estas madres se responde complaciéndolas, para demostrarles su error, y á veces un

simple aumento de 10 gramos en cada biberón trae como consecuencia el descenso en el peso, por difícil digestión de la cantidad de leche. Esta observación está á la orden del día en nuestros consultorios.

Advertimos todos estos errores, para evitar caer en ellos por tolerancias sin fundamento que las autorice.

Puede el niño en lactancia padecer varias enfermedades del aparato digestivo, que reconocen por causa algo ajeno á la alimentación, y que es justo consignar; pues si la lactancia bien dirigida puede solucionar el conflicto, no siempre ésta es para el caso lo esencial, por más que sea un medio accesorio de inestimable valor.

Dejando aparte las enfermedades provocadas por sobrealimentación, tenemos un capítulo correspondiente á las infecciones endógenas y exógenas, sin olvidar que otras enfermedades del mismo aparato dependen: según Lesage, de un *desequilibrio hepático*, cuando se conserva largo tiempo el funcionamiento excesivo del hígado; esta hipersecreción se calma muy bien con el uso de la leche materna, jamás le es beneficiosa la leche de vaca; se ignora la causa de esta susceptibilidad del hígado con persistencia de la función fetal intensiva: de una *acolia pigmentaria* que se caracteriza porque el niño está pálido, amarillento y no progresa, las evacuaciones son blancas, sin señales de bilis; la caseína y la grasa son eliminadas sin digerirse; en este estado se cree que hay intolerancia de éstas, y se desnata la leche; mas todo es inútil, la hipocolia persiste, suele ser familiar, y se presenta desde las primeras semanas de la vida: *de una enfermedad espasmódica intestinal*, que sobreviene á las tres semanas ó al mes del nacimiento, con vómitos continuos, bolsa estomacal, ausencia de diarreas, crisis de cólicos intestinales, inanición y atrofia; este espasmo tiene origen hepático por intoxicación de los principios biliares; cuando la bilis se segrega todo desaparece, y este estado se debe tratar por medio de calomelanos, baños y lavados intestinales calientes.

Otras veces dichas perturbaciones del aparato digestivo son debidas á la intolerancia de la leche, sea de mujer, de vaca, etc., cruda ó hervida, ó á que no se toleran las grasas, aun cuando se hallen en proporción normal. En este caso el examen de las heces nos dará la clave de la causa de esta intolerancia.

Voy á ocuparme ahora de la *dieta hídrica,* régimen al que el Dr. Ulecia, ventajosamente experimentado en estos asuntos de lactancia, califica de *régimen de hambre.*

No solamente los padres de los enfermitos que, guiados por su natural sentimiento de cariño, ven en la privación del alimento á su hijo extenuado, un peligro basado únicamente en el desconocimiento

de lo íntimo del estado del niño, sino también algunos profesionales poco escrupulosos al juzgar estos asuntos que debieran conocer, han calificado con dureza este procedimiento verdaderamente científico y eficaz.

Hace tiempo, el asunto es del dominio de cuantos se ocupan diariamente de estas cuestiones. Netter, de Strasbourg, lo usó en 1873, y Marfan, de París, fué su principal propagandista.

Nosotros hemos visto prodigios del tratamiento con la dieta hídrica en niños extenuados por la diarrea, que resistían á cuantos medicamentos se administraron durante algún tiempo.

Recuerdo al efecto, entre otros, un caso de observación personal referente á una niña de siete meses de edad, venida á Madrid después de una ausencia de verano, durante la cual, en dos meses y medio, estuvo padeciendo diarreas tan pertinaces, que resistieron al empleo del bismuto, tanigeno, ácido láctico, orfol, etc., tal vez porque, ocupados en combatir el síntoma, descuidaban la causa fundamental, que era el régimen alimenticio. Lactada por excelente nodriza, no tuvo la fortuna de que, una vez iniciado el proceso en la niña, se la reglamentara la lactancia en cantidad y horas, padeciendo una sobrealimentación que, sosteniendo la diarrea, extenuaba á la niña y agotaba la nodriza. Su peso era de cuatro kilos á los siete meses de edad, y su aspecto el de una niña atrófica de lo más característica. Cuarenta y ocho horas de dieta hídrica fueron suficientes á preparar aquel aparato digestivo, cediendo la diarrea, para, á partir de una alimentación con arreglo á la ley Maurel, reponer aquel organismo, que fué creciendo en peso, regularizando su aparato digestivo, hasta llegar á una alimentación regulada con la edad y buen estado de salud. Hoy vive dicha niña perfectamente equilibrada, aunque con algún atraso en la talla.

Cito este caso, entre otros muchos que he observado y se observan, sobre todo en centros de dirección alimenticia de los niños en lactancia, para que sirva de tipo justificante de la bondad del procedimiento.

El hecho clínico es cierto; se observa frecuentemente y requiere su interpretación, pues es lógico pensar que si por un medio racional quitamos la causa permanente de la diarrea, y aunque sea por tan corto tiempo la separamos con la abolición absoluta de alimento provocador de la mayor sobreactividad celular de la mucosa gastrointestinal, y además llevamos un elemento reparador de las pérdidas de agua del organismo, con la circunstancia de ser elemento poco favorable al cultivo de los micro-organismos patógenos intestinales, lograremos dejar en reposo la función digestiva, que se hallaba perturbada, y la sobreactividad grandular cesa, su inflamación se ate-

núa, y la secreción se presenta, en consecuencia, con la proporción en cantidad y calidad convenientes á las digestiones de la leche en pequeña cantidad, que así es como debe procederse después de la abstención durante cuarenta y ocho horas.

Yo me permito recomendar que, sin vacilaciones por infundados temores á la inanición, la dieta hídrica y el régimen del hambre sea un recurso terapéutico de imprescindible uso, como medio preparatorio á un régimen alimenticio racional en las atrofias infantiles consecutivas á las alteraciones gastro-intestinales provocadas por una alimentación mal dirigida, sea materna, sea artificial, sirviendo dicho procedimiento de preparación para realimentarse debidamente, es decir, con lo que sirva para mantener el equilibrio nutritivo, evitando de este modo las fermentaciones.

Como síntesis práctica de lo expuesto, deducimos que cuando el médico no fija toda su atención en las ventajas de conocer bien á fondo las perturbaciones que puede ocasionar una lactancia mal dirigida, puede verse en conflictos de terapéutica infantil por conformarse en combatir manifestaciones sintomáticas que á nada práctico conducen, por no resolver el problema patológico enfrente del cual se halla.

En alguna ocasión he sido llamado para la asistencia de niños dentro del primer mes de la vida, con padecimientos gastro-intestinales determinados por enfriamientos, que han dado lugar á trastornos de circulación gastro-intestinal, principal motivo de sus indigestiones, aun cuando el régimen de alimentación sea perfectamente llevado; y en otras ocasiones, sin que esta causa hubiera existido, dichas perturbaciones obedecían á un evidente desconcierto en punto á la alimentación del niño, atribuyendo su llanto á hambre, que trataron de calmar con ingestion de grande cantidad de leche desordenadamente administrada, y en estos casos he visto agravada la situación por un exceso de medicamentos encaminados á combatir sintomas, descuidando la causa de aquellas alteraciones.

Recuerdo de un niño de cuarenta días de edad con grandes dolores de vientre, deposiciones mucosas y verdes con bastante frecuencia, temperatura de 39°, al cual antes de mi visita se le había martirizado con una medicación tan extraordinaria, que después del obligado purgante de aceite de ricino, se hallaba en el mismo día tomando medio gramo de antipirina y un gramo diario, repartido en varias dosis, de pepsina pancreatina y bicarbonato de sosa. Este conflicto se solucionó con la suspensión completa de toda medicación y la dieta hídrica durante veinticuatro horas, regularizando desde el día siguiente las tetadas de dos en dos horas, y de cinco minutos de duración.

Este evidentemente era un caso de enfermedad provocada por exceso de alimentación, y sostenida por la misma que no se trató de evitar, á la cual se agregó una medicación perfectamente inútil, irracional y peligrosa.

Muchos casos como éste ó parecidos son observados con frecuencia en la práctica, y motivan nuestra más enérgica protesta contra estas intervenciones, fácilmente evitables si no perdemos de vista uno de los pensamientos consignados anteriormente; es decir, que el problema de la salud del niño dentro del primer año de la vida, es un problema de lactancia científicamente dirigida, que á su vez puede ser casi siempre la causa de la mayoría de sus perturbaciones.

Termino estas consideraciones, que me sugieren la observación de muchos niños lactados artificialmente, pero sin abrigar la pretensión de que he tratado todos los problemas relativos á la lactancia artificial.

Ha sido mi exclusivo objeto abordar algunas cuestiones relativas á ella, y dar mi opinión franca encaminada á deshacer errores de clínica muy lamentables, tanto más, cuanto que son de fácil corrección y puédense evitar en otro caso con un poco de firmeza en los juicios que sostienen la autoridad necesaria al especialista para no dejarse influir por falsas preocupaciones, base de todos los fracasos en la alimentación artificial del niño.

He aquí el objeto de esta conferencia.

---

# LA RECTO-SIGMOIDOSCOPIA

Por el Dr. Roberto S. Kolbe

De las Facultades de París, Lausanne y Buenos Aires; excatedrático de la Facultad de Medicina de Buenos Aires; médico del balneario de Châtel-Guyon (Francia).

Nuestro objeto es dar una ligera idea de conjunto acerca de la recto-sigmoidoscopia, cuestión importantísima que no es dable agotar en un periódico de medicina práctica. Para facilitar esta exposición rudimentaria, la ilustraremos con trece figuras.

La recto-sigmoidoscopia se propone el examen visual directo, por vía anal, de la parte inferior del tubo digestivo.

Se llama recto-sigmoidoscopia, porque abarca el estudio óptico del recto, del colon recto-sigmoídeo, y á veces del colon descendente. Generalmente puede observarse con cierta facilidad la rama descendente del S romanum, denominada colon sigmoídeo; de ahí que se hable de *recto-sigmoidoscopia* ó *sigmoidoscopia* (*Mummay*) y de *recto-romanoscopia* (*Schreiber*). Algunos autores prefieren, sin

embargo, la denominación de *protoscopia*. Se subdivide, según las regiones examinadas, en *anoscopia*, rectoscopia ó proctoscopia inferior y proctoscopia superior, que correspondería á nuestra denominación de sigmoidoscopia ó romanoscopia.

La etimología de recto-sigmoidoscopia proviene del griego, como los más de los vocablos de mucha terminología médica, y se comprende fácilmente.

*Datos históricos.*—El método endoscópico, hoy tan vulgarizado para la vejiga, los bronquios, el esófago, el estómago y el útero, tiene mucha más razón de existir para el recto, puesto que se trata de un órgano relativamente fácil de observar. De otra parte, sus afecciones son sumamente frecuentes, siendo orgánicas y funcionales, congénitas y adquiridas. No es extraño, por esto, que encontremos vestigios de su exploración endoscópica en tiempos muy remotos. Hipócrates, padre de la medicina, había ya conocido un espéculo rectal, pues en su libro *Sobre las hemorroides* habla de anomalías en el interior del recto, que sólo pueden apreciarse con la vista. Además existe, en su libro *Sobre las fístulas*, la descripción de un espéculo rectal y de su uso, en la situación más arriba de la afección, etc. La recto-sigmoidoscopia fué, sin embargo, abandonada como método habitual de investigación, y aun hoy todavía, á pesar de su técnica perfeccionada, no está suficientemente vulgarizada.

Para no perder tiempo, mencionemos tan sólo algunos autores notorios, que han hecho evolucionar la rectoscopia á fines del siglo pasado. *Rodenhamener, Otis, Marion Sims*, *Kelle* (de Baltimore), *Tuttle*, *Strauss*, y muy recientemente *Mummery* (de Londres), *Schreiber* (de Kœnigsberg), *Glücksmann, Hartmann, Bensaude*, etc.

Cada uno de ellos ha hecho avanzar un paso hacia adelante á este importante método de investigación: el uno, por la creación de la instrumentación tubular, inspirada probablemente sobre el espéculo vaginal de Ferguson; el otro, por la perfección de la fuente luminosa, móvil ó fija, y transmitida por un espejo frontal á la manera del de un laringoscopio. Con la intervención de la electricidad se adoptó un foco eléctrico, con su punto de fijación en el interior del tubo endoscópico ó en la extremidad externa, bajo la forma del *Panetestropio de Casper*. Este último está hoy muy perfeccionado; su poder luminoso se ha cuadruplicado, y satisface á las exigencias legítimas.

Por fin, *Strauss* ha introducido la insuflación en la técnica rectoscópica para crear un cojinete de aire dilatador delante del tubo endoscópico en progresión, evitando así la lesión del intestino, etc.

Nuestra figura 1.ª reproduce el último modelo de *Strauss-Glücks-*

*mann* con foco eléctrico terminal interno, y un anexo externo que permite el examen simultáneo por dos observadores.

El aparato de *Glücksmann* presta buenos servicios, además, si es usado en *decúbito lateral* del paciente, con *pelvis elevada de Sims*. Todo es sumamente importante. Pero un paso de gigante ha sido recientemente dado en la técnica por el descubrimiento de la presión intraabdominal negativa, cuando el paciente ocupa la posición genupectoral. *Marion Sims* había observado la *dilatación neumática de la vagina en el decúbito genupectoral;* y este mismo fenómeno fué utilizado para el recto por *Kelly* y *Otis*. Hoy sabemos, por las mensuraciones prolijas de *Schreiber*, que la *presión intrarectal es negativa* en la *posición de la adoración musulmana*. Es éste un factor esencial, desgraciadamente no bastante apreciado todavía en la clínica y técnica rectoscópica, como lo prueban las publicaciones más recientes de *Boas*, *Ewald*, *Sahly*, *Hohenegg*, etc., dándole todo su justo valor.

Estos autores, no conociendo el alcance de la recto-sigmoidoscopia, se extasían largamente sobre la utilidad y suficiencia del tacto rectal simple y combinado—en ciertos casos efectuado bajo el sueño narcótico,—y se olvidan que con la recto-sigmoidoscopia racional se logra lo que no puede dar el tacto rectal, forzosamente limitado, y esto con sencillez encantadora, sin necesidad de anestesia general ó local, en la gran mayoría de los casos. Además, el tacto rectal aislado puede dar lugar á confusiones deplorables en los casos de poliposis rectal múltiple, por ejemplo, que impresiona frecuentemente, como neoplasia avanzada, inoperable radicalmente, cuando ella puede ser curada fácilmente y sin peligro por el método endoscópico, el menos traidor. Con elogiar la práctica sigmoidoscópica, no queremos despreciar la importancia del tacto rectal, que queda siempre el método excelente de antes, pero insuficiente, cuando se trata de padecimientos en la parte superior del recto y de la flexura sigmoídea. Al llegar á la parte clínica de nuestro trabajo, insistiremos sobre la posibilidad del diagnóstico precoz del cáncer recto-sigmoídeo, altamente situado en época en que se puede proceder á su extirpación radical, y cuando exámenes clínicos comparativos bajo anestesia no habían podido descubrir nada de anormal en el órgano; este hecho solo pinta la importancia clínica del proceder que estudiamos.

## INSTRUMENTACIÓN

Cuando se pretende que un método de investigación se difunda, es preciso simplificar los detalles de la instrumentación y ofrecer el máximum de rendimientos con ellos. Daremos, pues, la descripción

de un aparato que reúne, en más ó menos, todos los adelantos alcanzados hasta el presente. Este instrumento es una *modificación de Glücksmann al proctoscopio neumático eléctrico, con lámpara terminal interior, del profesor Strauss. Mummery* también tiene un modelo ligeramente variado de este instrumento. *Glücksmann* se ha inspirado en las necesidades de esterilización y de antisepsia del arsenal quirúrgico, y ha hecho construir un aparato que se desarma en todas sus partes esenciales, y se presta á la esterilización. Además, ha introducido una novedad: es un tubo lateral para la observación, que permite la inspección simultánea por dos facultativos, lo que no es despreciable para la enseñanza.

El anexo de *Glücksmann* es precioso, cuando el paciente ocupa el decúbito lateral de *Sims*. En esta posición, el mango del instrumento puede colocarse en el pliegue interglúteo, y el médico observa su sujeto con toda comodidad, mirando por el tubo lateral derecho, que resulta ahora dirigido casi verticalmente hacia arriba. Los que hagan una vez el examen con este aparato en dormitorio particular, con cama baja, sabrán juzgar esta, al parecer, ventaja pequeña.

La figura 1.ª representa el *proctoscopio de Strauss*, simple; los dos siguientes, la modificación no esencial de *Glücksmann*.

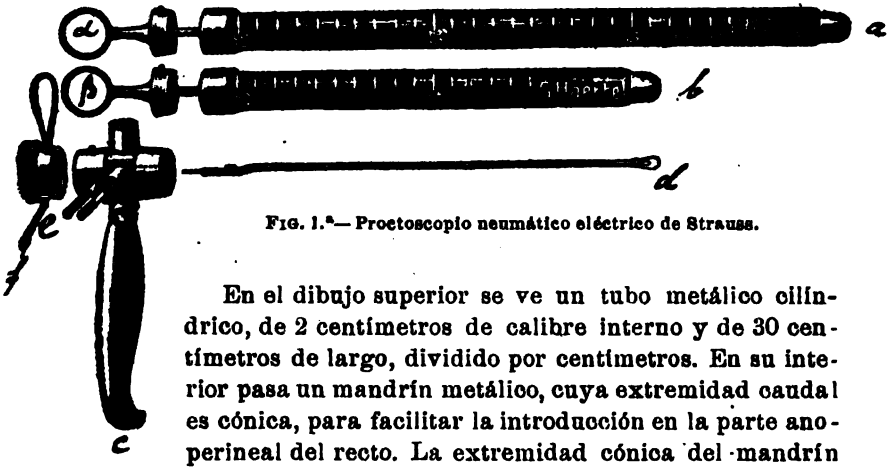



FIG. 1.ª— Proctoscopio neumático eléctrico de Strauss.

En el dibujo superior se ve un tubo metálico cilíndrico, de 2 centímetros de calibre interno y de 30 centímetros de largo, dividido por centímetros. En su interior pasa un mandrín metálico, cuya extremidad caudal es cónica, para facilitar la introducción en la parte anoperineal del recto. La extremidad cónica del mandrín tiene unas incisuras longitudinales, para permitir la entrada del aire del exterior al interior de la víscera, que tiene presión negativa en el decúbito genu-pectoral. El dibujo medio tiene las mismas particularidades, con la diferencia de longitud: 20 centímetros en lugar de 30.

La tercera línea representa, yendo de izquierda á derecha, un

opérculo, cerrado por ventanilla transparente de cristal, herméticamente adaptable sobre la pieza intermedia á su derecha, con mango desarticulable y un dispositivo para la adaptación á una fuente electro-luminosa, tal como un acumulador de cuatro elementos. El opérculo tiene hacia arriba un ojal metálico, para el manejo más fácil en las maniobras de su adaptación y de su ablación en el momento de las curaciones endoscópicas, etc. Hacia abajo se ve un apéndice metálico, hueco, sobre el cual se injerta una pera de goma, que sirve para propulsar aire á través del interior del tubo endoscópico, y que aparta la pared intestinal del instrumento durante su introducción; y por fin, un alambre metálico, terminado por una lamparita eléctrica desarticulable, de resistencia de 7 á 8 volts, y que se comunica con la corriente eléctrica que pasa de la fuente eléctrica á través de los dos tubos paralelos del mango. El mango, con el opérculo y la lamparita, son independientes de los dos tubos cilíndricos arriba mencionados; pero se adaptan fácilmente sobre ellos y constituyen en su totalidad el proctoscopio de *Strauss*. La lamparita pasa paralela, á poca distancia de la pared interna de los tubos cilíndricos, y se termina á un centímetro hacia atrás del tubo (véase fig. 9.ª). De esta manera, la lamparita no puede ser ensuciada fácilmente por el contenido intestinal. En todo caso es eliminada y reemplazada con toda comodidad, si las circunstancias así lo exigiesen.

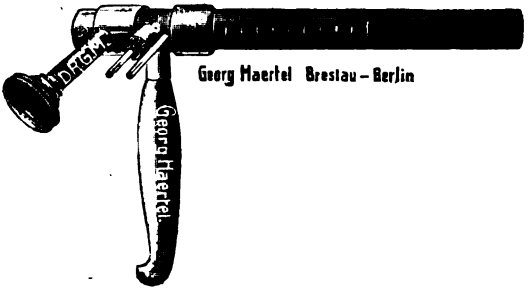



FIG. 2.ª—Recto-sigmoidoscopio corto de Strauss-Glücksman.

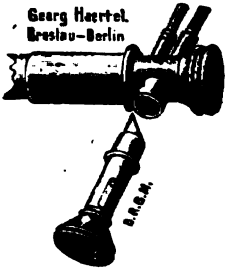



FIG. 3.ª—Detalle de la modificación de Glücksman al proctoscopio de Strauss.

La figura 2.ª se diferencia de la 1.ª por la falta del mandrín y del opérculo. En cambio tiene además, por delante del mango, una nueva pieza infundibuliforme, que sirve para observar, mediante la interposición de prismas ópticos, lo que sucede en el interior del tubo endoscópico. El opérculo puede fácilmente adoptarse sobre la pieza nueva, y forma así el extremo de la prolongación del

tubo cilíndrico, que hace entonces el mismo papel que en el *proctoscopio de Strauss.*

En la figura 3.ª se ve el apéndice infundibuliforme, del cual sale un prisma reglable por un mecanismo simple, que sirve para la observación de los fenómenos en el extremo del tubo cilíndrico. Cuando hay que proceder á manipulaciones en el interior del tubo cilíndrico, se retira el prisma, que hace prominencia en el interior del calibre del cilindro, y se empuja de nuevo para la continuación del examen después de las maniobras curativas ó de limpieza del campo operatorio, etc.

Es indudable que la lente de *Glucksmann* no es indispensable. Del mismo modo, de la insuflación puede prescindirse cuando se procede con prudencia, y principalmente cuando se observa el enfermo en posición genu-pectoral. Algunos autores consideran la insuflación no sólo superflua, sino peligrosa, pudiendo causar la ruptura de la pared intestinal, y también facilitar traumatismos por el prolapso de la mucosa intestinal al interior del endoscopio, en los momentos de depresión intrarrectal, por la abertura forzosa de la ventanilla á la extremidad externa durante las curaciones, etc.

Estos inconvenientes pueden evitarse con un poco de prudencia. Basta no insuflar nuevo aire á la vez, parar la maniobra cuando se siente cierta resistencia, y abrir apenas la ventanilla, con el objeto de hacer el equilibrio atmosférico muy lentamente. Nosotros no podemos más que felicitarnos de la presencia del mecanismo de la insuflación, pues no sólo protege al enfermo contra los traumatismos eventuales por la extremidad caudal del tubo intraintestinal, sino que puede informarnos, prudentemente manipulado, sobre la movilidad del intestino. Esta ventaja no es despreciable, cuando se quiere juzgar de la propagación de una neoplasia intestinal sobre los órganos adyacentes de las adherencias peritoneales antiguas ó de los procesos inflamatorios peri-recto-sigmoidales. Los enfermos, sin embargo, es necesario decirlo, acusan algunas veces una incomodidad pasajera durante y después de la insuflación.

## TÉCNICA DE LA RECTO-SIGMOIDOSCOPIA

### *Preparación del enfermo.*

Condición previa para un buen examen endoscópico es la vacuidad del recto y de la flexura sigmoidea. Ésta se consigue con comodidad para el recto normal; pero muy difícilmente en el caso de estenosis rectales, y mucho más todavía, aun sin ninguna anomalía, cuando se trate de limpiar el S romanum por la vía anal. Salvo

contraindicación especial, como en los casos de colitis, y especialmente en la forma ulcerativa, conviene dar al paciente, veinticuatro horas antes del examen, un purgante salino ó unas píldoras evacuantes de ruibarbo y podofilína; después, tres horas antes del examen, se administrará una lavativa tibia de agua salada fisiológica, de un litro próximamente.

En los casos delicados en que esta medicación enérgica podría irritar la mucosa, produciendo hipersecreción, congestión y espasmos, es preferible estreñir al enfermo dándole una dosis de láudano ó píldoras de opio y tanino, y contentarse con el lavado inferior, hecho dos ó tres horas antes del examen. Muy desagradable es el examen de los enfermos con estenosis situadas en lo alto del recto, pues enderezada la víscera por el tubo endoscópico, desciende el líquido intestinal, y por más que se aspire el líquido, aparece pronto una nueva onda que ensucia el campo operatorio.

En estos casos conviene dejar la operación para otro día. Evítense los purgantes drásticos, pues la mucosa rectal se congestiona, se traumatiza con facilidad, es dolorosa, y expone á falsas interpretaciones por su hiperhemia.

En caso de *urgencia, puede ensayarse la rectoscopia sin previo vaciamiento del intestino.* El tubo endoscópico puede empujarse adelante al lado de los excrementos; si se obstruye se le reemplazará por otro nuevo, etc.

Las anestesias local ó general no están indicadas frecuentemente. Es hasta una ventaja la falta de ellas, pues el enfermo, si no es pusilánime, nos advierte de un manejo imprudente del instrumento. Cuando hay almorranas externas puede hacerse anestesia local previa por la administración de un supositorio de cocaína y un tópico cocaínico externo. En personas muy nerviosas y en otras con procesos ulcerativos avanzados, la anestesia general es preferible. La vejiga debe ser vaciada antes. Bueno es no mostrar al paciente el arsenal quirurgico para no espantarlo.

### LA POSICIÓN DEL ENFERMO Y SUS RAZONES FISIOLÓGICAS

Una sola posición es la ideal para una buena sigmoidoscopia; la genupectoral. En el primer capítulo ya hemos hablado de la ampliación neumática de la vagina, descubierta por *Marion Sims* en esta posición, y por *Kelly* y *Otis* para el recto. Esta posición es bastante molesta para las mujeres, que se resisten á veces á ella. En estos casos y en los de anestesia general puede procederse al examen en la posición semilateral izquierda con pelvis elevada por un cojinete duro, colocado bien al borde de la cama. Además, para

mejor efecto, los muslos deben estar flexionados hacia el abdomen. Otros autores se contentan con la posición de la talla. En la figura 4.ª se ve muy claramente la ventaja de la posición genupectoral

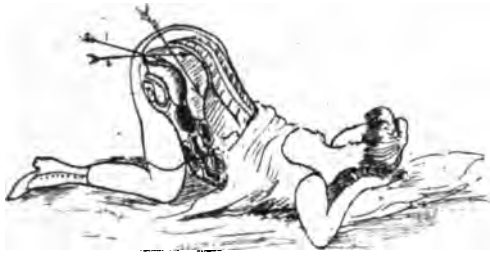


FIG. 4.ª—Esquema, demostrando la utilidad de la posición genupectoral para la dilatación neumática de la vagina y del recto.—Las vísceras abdominales caen hacia la región diafragmática.—Las flechas 1, 2 y 3 indican la dirección que debe darse al sigmoidoscopio á medida que avanza en el interior de la víscera, obedeciendo á las curvaduras anatómicas normales.

para el vaciamiento de la pelvis y la dilatación neumática de la vagina y del recto. La paciente, teniendo los muslos dirigidos verticalmente, *suspende* hasta cierto punto su torax; la pelvis y las vísceras caen hacia abajo y hacia la región diafragmática. Las flechas señaladas con los números 1, 2 y 3 indican la dirección que debe imprimirse en general al instrumento endoscópico en los diferentes tiempos de su progresión.

*(Continuará.)*

## EL TRAC POR ASINERGIA DE LAS IMÁGENES MENTALES

POR EL DR. ANTONIO GOTA
(De Zaragoza.)

Debemos distinguir tres formas de *trac:*

1.ª La forma común, banal, la ordinaria—morbosa, si es excesiva; normal, cuando es poco intensa;—ó *trac* primitivo, esencial, proceso que se nos presenta de improviso en determinadas circunstancias como un fenómeno *emocional,* cuyos paroxismos van acompañados de discordancia de función, de desequilibrio mental con angustia, de trastornos vaso-motores, secretóricos, de agitación, impotencia motriz y pérdida de la memoria.

2.ª El *trac* que resulta de lo que los neuro-clínicos denominan *diátesis del escrúpulo*, así, por ejemplo, una persona dotada de cierto talento musical conoce su papel, pero desconfía de sí mismo, y teme se le olvide ó dé una falsa nota. En presencia del público, se hace incapaz de concentrar su pensamiento; esclavo de sus ideas

parásitas, de sus preocupaciones mentales, llega á tocar mal su instrumento ante un auditorio que se le impone, ó menos bien que á solas lo hacía. Créese inferior en público, y sufre intensamente, constituyéndose de este modo en él el *trac*, consecuencia inevitable de una *rumia mental patológica,* como sostienen Ribot, Janet, Marie y demás conspicuos psico-patólogos modernos. Este *trac,* en los intervalos del concierto, es una fobia de la forma de la obsesión de los degenerados.

3.ª Una tercera forma—mal diferenciada por los autores de las precedentes, siendo de ellas bien distinta—sobreviene asimismo de una manera secundaria; pero no á un especial estado mental, sino á la *asinergia* congénita ó adquirida de las diversas *imágenes psíquicas*.

¿Qué debemos pensar de todo esto?

Veamos lo que pasa en los escolares jóvenes, cuando aprenden una lección de memoria.

Uno, está silencioso, quieto, sin hacer el menor gesto ni aun para mover los labios, y estudia fijos sus ojos en el libro, para grabar en su espíritu las *imágenes visuales*.

Otro, lee su lección en alta voz ó se la hace leer, y, atento á los diversos sonidos que á su sentido auditivo afectan, sabe asimilarse las *imágenes acústicas*.

Otro, lee también en alta voz su lección; pero puestos los codos—como es un hecho frecuente—sobre la mesa y tapándose con las manos los oídos, pronuncia por pronunciar su voz sin distraerse en lo más mínimo, es decir, fija en su memòria las *imágenes motoras de articulación*.

Otro, en fin, escribe con su propia mano la lección, confiando á su memoria las *imágenes motoras gráficas*.

El desconocimiento de tan variados tipos es la causa de continuos y deplorables errores pedagógicos. Tanto es así, que en los colegios las lecciones no debieran siempre aprenderse en el más profundo silencio, lo que coloca al *auditivo* en la imposibilidad de no poder retener nada absolutamente en su memoria. Por otra parte, mientras «toma la lección» el maestro al discípulo ante los demás, comúnmente les prohibe que escriban; de este modo obliga al *gráfico* á rechazar, sin darse cuenta, el libre uso de las imágenes que ha de necesitar para impresionar su memoria.

La recitación de las lecciones en clase en alta voz hace incapaces á los *gráficos* y á los *visuales,* para traducir de una manera instantánea en imágenes *articulatorias* los recuerdos pertenecientes á la escritura ó á la visión.

En suma, debe exigirse á los alumnos á que aprendan sus lec-

ciones como si fueren todos ellos *visuales,* ó las recitaran públicamente como meros *articuladores.*

En un sujeto normal, bien equilibrado, ó cuyo desenvolvimiento intelectual sea completo, son *sinérgicas* las distintas imágenes *visuales, auditivas, articulatorias* y *gráficas.* Estas imágenes se reemplazan según las necesidades y circunstancias, pudiéndose manifestar en todo momento con una intensidad psicológica sensiblemente idéntica. Pero la humanidad es muy diversa; ofrecen muchas personas cierta exaltación ú obnubilación de unas imágenes, en detrimento ó en provecho de las demás.

Esta *asinergia* de las imágenes psíquicas es á veces una razón de superioridad en las artes: así, por ejemplo, un pintor es ante todo un *visual,* como es un músico un perfecto *auditivo.* Esta particular *asinergia* se convierte, en la vida ordinaria, en causa frecuente de debilidad ó de inferioridad mental. En testimonio de ello, puedo presentar los casos siguientes, acerca de los cuales he sido consultado:

El joven X, de edad de trece años, estudiante de segunda enseñanza, aplicado, perspicaz, reflexivo, aprende á conciencia sus lecciones, copiándolas en su cuaderno. El profesor le pide la lección en alta voz, y experimenta como una turbación; balbucea, se marea, hasta que vuelve en sí.

Le pone, como es consiguiente, una mala nota, y desde entonces figura como uno de los alumnos más desaplicados. Viendo el joven que no iban coronados de éxito sus esfuerzos, se desanima, se desesperanza y se hace *neurasténico.* Es retirado, á mi instancia, de los estudios, y se le lleva al campo. Al año siguiente las malas notas continúan, y se encarga otro profesor de su instrucción. Es el nuevo maestro un verdadero pedagogo; después de proceder á un análisis mental del muchacho, exclama: *Este niño está enfermo; hacedlo hipnotizar.* Uno de nuestros colegas lo hipnotiza, sin conseguir el menor resultado. La especial psicología del joven no había sido suficientemente estudiada, por cuyo motivo, el éxito fué nulo. El referido muchacho presentaba el *trac.* Era un perfecto *gráfico,* al cual se pretendía hacer un acabado *articulador,* y esto no era posible, en atención á que se trataba de un disgregado mental en sus comienzos. Nos encontrábamos, pues, frente á una impotencia psíquica.

A pesar de su grande eficacia, tampoco podía de pronto el hipnotismo hacer de un *gráfico* un *articulador,* como no es factible en un determinado momento tornarse un brillante pianista en un violinista célebre. El procedimiento sugestivo es incapaz de conferir la facultad de dominar un instrumento sin el requerido aprendizaje, como un flauta no sabe tocar el arpa por una primera vez, sino

después de haberse adiestrado en el manejo ó ejecución de ésta. Nuestro joven no era apto para *articular* en público hasta haberse ensayado ó preparado convenientemente. ¿No existe en esto un *trac*? Desconcertado, turbado por sus frecuentes fracasos, obsesado por el acúmulo de las malas notas, llegó hasta temer que le preguntaran, é interrogado diferentes veces, realmente tenía miedo; el *trac* aumentaba su impotencia funcional; este *trac* era secundario, sobreañadido; el joven no creaba la impotencia; sin embargo, complicaba la situación, sin ser el autor, el motivo de ésta.

El cura de una importante villa próxima prepara con esmero su sermón, su plática, para un determinado día. Lo escribe con su propia mano y lo aprende silenciosamente. Cuando lo hubo ya leído muchas veces, lo recordaba, hasta el punto de poder escribirlo de memoria. Sube al púlpito el día señalado, y á las primeras palabras comienza á farfullar; atropéllanse unos vocablos con otros, se lamenta de su estado, se ofusca, todo lo cual produce muy mal efecto en el público. Se torna triste, se angustia, tiene la fobia del púlpito, se obsesa y le sobreviene un desequilibrio psíquico. El *trac* en este caso es consecutivo á esa inaptitud funcional primitiva que viene á complicar el sacerdote sin haberla creado.

No se había adiestrado, no estaba preparado todavía el infortunado cura para traducir en *imágenes articulatorias* las *imágenes visuales* ó *gráficas* confiadas á su memoria. La *asinergia* de estas imágenes mentales era la única responsable, el exclusivo motivo de su *trac*.

Un estudiante de Ciencias, á su vuelta de vacaciones de Navidad, debe explanar en clase el tema elegido por su profesor. Lo prepara previamente; sabe su significado ó conoce su sentido, y está dispuesto á exponer todos los datos científicos que el bosquejo encierra, esperando sea del agrado del profesor y produzca excelente impresión entre sus compañeros. Comienza á recitar su trabajo, y se explica con cierta vacilación infantil, á veces incorrecta; se altera, parece como que improvisa con cierta dificultad aquello que hubo preparado con tanto cuidado y tan perfectamente conocía. Es que en su memoria había almacenado *imágenes visuales* ó *gráficas*, sin ejercitarse en expresar con soltura las *imágenes articulatorias*. El *trac* sobrevenido como consecuencia de esto paralizaba más todavía su labor mental.

*
* *

Nos da el hipnotismo excelentes resultados en las dos primeras formas de *trac*, sobre todo en la primera; no suprime por sí este medio terapéutico la tercera variedad.

En todos estos casos, el *trac* depende de la *asinergia* ó es consecutivo á ésta; únicamente, pues, haciendo desaparecerla, podemos obtener la curación del *trac*. Lo que se alcanza con un *entrenamiento* (1) psicológico, largo tiempo practicado y con tenacidad.

Quien no sepa tocar un instrumento cualquiera, nunca podrá manejarlo hasta que haya aprendido á hacerlo. Del mismo modo, los que, por determinadas circunstancias no saben hacer uso de sus *imágenes articulatorias, gráficas* ó *auditivas*, no sabrán combinarlas hasta el instante en que no se haya desenvuelto en ellos la indispensable facultad, la requerida aptitud que les hace falta. Esto tiene lugar mediante una educación, ó mejor dicho, una reeducación metódica, que vendrá á despertar, á exaltar, en sus centros cerebrales todos aquellos grupos de imágenes que permanecían en su *yo*, en estado rudimentario, latente ó inculto. El procedimiento más eficaz en tales casos de *asinergia* es imponer, en ciertas condiciones y á modo de ejercicio, el funcionamiento simultáneo, sinérgico, de varios grupos de imágenes, al objeto de que se susciten una á otra, y reemplacen entre sí con suma facilidad. Por ejemplo, los sujetos *visuales* y *gráficos* deberán, al mismo tiempo que leen ó escriben, articular distintamente y permanecer atentos á los sonidos de su propia voz; así se graban en su memoria como en un haz, cuatro órdenes de imágenes sinérgicas, equivalentes, capaces, con la repetición, con el tiempo, de sustituirse una por otra, sin vacilación por parte del sujeto, sin titubeo de ningún género. Estos ejercicios, esta especie de *entrenamiento psíquico*, tendrá lugar bajo la dirección del médico psicólogo, que debe recurrir á la sugestión como medio auxiliar para obtener en el individuo la docilidad, la doblez necesaria, la perseverancia que exige un tratamiento de esta índole.

Cuando esta reeducación psicológica haya establecido convenientemente una verdadera *sinergia* mental, el *trac* no se presenta. *Sublata causa tollitur efectus*. En muchas de estas personas subsiste un singular estado de simple *hábito morboso*, que la sugestión hace desaparecer. Esto es lo que nos ha ocurrido con los tres casos reseñados.

***

No pasa un año en los Conservatorios de París, Viena, Londres, New-York y otras importantes capitales, sin que intervenga alguno que otro profesor en alumnos de esos que presentan *asinergias* de sus imágenes psíquicas, y por ende se hallen afectados de *trac*. En

(1) De *entraînement:* preparación, adiestramiento. Galicismo.

estos casos, una porción de médicos insignes confirman la acción curativa de la sugestión hipnótica.

Trata á una joven el Dr. Jules Voisin, de París, que se preparaba para los exámenes del Hotel-de-Ville. Aunque estudiosa é inteligente, había sido varias veces rehusada. Cada día que comparecía ante los profesores que habían de examinarla, era presa del *trac* y permanecía inmóvil sin poder contestar á cuanto le preguntaban. La curó Voisin por el hipnotismo, y le dió dos veces consecutivas el certificado de aptitud. Continuó siendo una buena profesora, y no sufrió más trastornos nerviosos durante diez y ocho años. Trátese del *trac* de los músicos, de los actores ó de los alumnos ó escolares, para el susodicho médico, obra la sugestión eficazmente.

En los músicos, para M. Edgard Berillon, se presenta el *trac* con mayor frecuencia. Verdad es que la música conduce en cierto modo á la *neuropatía*. Ella mantiene su desenvolvimiento, su evolución: principalmente nos referimos á los ejecutantes. Suelen éstos fatigar su cerebro por los extensos programas á que se someten, por el considerable número de horas que tocan y por los trozos musicales de ejecución difícil. Son extraños á cuanto pasa á su alrededor; su general cultura acostumbra á ser mediocre, por no decir nula; obsesados por tal tono, aire, trozo ó fragmento musical, están como *monoideizados* por una sola noción, por un concepto exclusivo, *idea fija* que los desequilibra. Las diferentes formas de *trac* se hallan comprendidas en aquéllos—según el profesor Berillon,—entre las fobias que señala en su obra (1), fobias de índole profesional. Las cura, simulando durante la hipnosis con sus más nimios detalles la escena que por lo común provoca al *trac*.

Sostiene el profesor Lionel Dauriac, que la música por sí misma precipita al sujeto en un desequilibrio nervioso. En efecto; es de por sí aquélla, gran excitadora de emociones: las naturalezas musicales se afectan, lloran, se conmueven ó gustan y experimentan un gran placer en reproducir la emoción, y aniquilan de este modo todas sus actividades psíquicas. Por esto recomienda el citado doctor siempre á los músicos estas palabras: «No personifiquéis vuestras composiciones, no os dejéis llevar de vuestra emoción; pasad de lo subjetivo á lo objetivo; que no os seduzca lo sensacional, lo sorprendente, lo maravilloso; interpretad como es debido las sublimes partituras de la obra, y haced que fructifiquen, que llenen los resultados apetecidos.» Se crean los ejecutantes un modo de excitación que los aisla del mundo exterior; la práctica de su arte á muchos lleva al *nervo-*

(1) *Reouverture des Cours de l'Ecole de Psychologie*, 1903. Paris. Alcan. Discours inaugural.

***sismo.*** No sucede otro tanto entre los compositores, porque más bien se objetivan, y el ejercicio correcto de la composición exige en ellos la plena posesión de sí mismos.

*
* *

En varios artículos y comunicaciones, alguno de los cuales remonta á muy lejana época, se ha indicado el preponderante papel que las preocupaciones profesionales juegan en la etiología de aquella ***ansiedad***, de ese terror angustioso, que con frecuencia complica las manifestaciones somáticas de la ***neurastenia***. Pocos sujetos ***neuropáticos*** hay que presenten estas singulares fobias tan desatinadas, tan sin razón é indefinibles; pero podemos afirmar, sin temor de equivocarnos, que en los artistas líricos y en los músicos alcanzan una máxima intensidad. No hay duda que la ***fobia profesional*** de los artistas, el ***trac,*** la ***oclofobia,*** es una manifestación de una ***neurastenia psíquica.*** Es una fobia que se halla en relación con cierto grado de debilitación nerviosa. Tiene ésta lugar, sobre todo, en la proximidad de los exámenes y concursos, ó se la ve sobrevenir inopinadamente bajo la influencia de un trabajo excesivo. Se trata, pues, de una verdadera ***neurastenia*** por ***surmenage.*** Desanimadas por completo las personas que la sufren, acobardadas, desoladas, en ellas comprobamos su impotencia para toda labor mental persistente; expresan éstas realmente una indefinible congoja, una terrible angustia, una íntima pena á la exclusiva idea de comparecer ante el jurado ó tribunal que ha de dirimir su aptitud ó capacidad.

Muchos jóvenes que se dedican á la carrera lírica ó teatral, van con relativa frecuencia á las consultas médicas, y particularmente á los gabinetes de los neuro-patólogos, que emplean, por regla general, un tratamiento metódico, basado en la sugestión (en dichos trastornos emotivos) con los mejores resultados.

Los primeros éxitos alcanzados en estas alteraciones de orden psíquico fueron reseñados en 1894 por Van Roethergen, de Bruselas. Poco tiempo después, el profesor belga emprendió nuevas experiencias en la aplicación de la psicoterapia á la cura de estas fobias, indicando procedimientos de este riguroso método, al cual conviene recurrir, según este esclarecido neuro-clínico, para modificar esa disposición á la *emotividad morbosa* de los profesionales.

Los diversos médicos que han aplicado dicho tratamiento, sostienen, como yo—afirma el referido profesor,—que el único remedio eficaz es el psicoterápico.

La reciente observación presentada por M. Binet-Sanglè, médico de Vancluse, á la Societé des Etudes Psychologiques de París en 1904, confirma la eficacia de la sugestión.

Madame R., de veintidós años, posee una hermosa voz. Todo el que la conoce le augura un porvenir brillante. Pero canta por primera vez ante un público numeroso, y sus meritísimas facultades quedan abolidas. Presentaba en ese momento preciso cierta ansiedad, acompañada de constrición dolorosa á la garganta. Se turbaba su vista; todo su cuerpo temblaba; perdía sus aptitudes, y no le quedaba otra idea en su cerebro que la de huir, la de desaparecer de aquel sitio.

Se presta voluntariamente al tratamiento hipnótico empleado por aquel profesor, y los resultados no son decisivos.

Fueron necesarias algunas sesiones para conseguir en la dama un estado de automatismo completo. Desde que este sueño pudo tener lugar, la mejoría de la fase patológica sobrevino al punto. El profesor le hacía vocalizar durante el estado sómnico, y llegó á adquirir esa seguridad que solía perder con tanta frecuencia.

Para terminar, diremos:

Es tanto más segura la curación del *trac,* cuanto más conforme se hallare éste con el tratamiento psicoterápico que vamos á indicar. Conviene:

1.° *Provocar en el afectado de* trac *un aspecto ó una fase fisiológica de su vida—para Grasset extrafisiológica—caracterizada por la disminución de las diversas actividades del espíritu y el aumento del automatismo psicológico.*

2.° *Proceder por sugestiones á la reeducación de la voluntad del enfermo y á la formación del carácter.*

3.° *Realizar por sugestiones la representación mental de las condiciones en que el* trac *se manifiesta.*

De este modo debe llevarse con el pensamiento al sujeto hipnotizado á una sala ó aposento llena de numerosos oyentes, y hacerle hablar, cantar ó creer que ejecuta los diversos trozos de su repertorio. Se le habitúa gradualmente á neutralizar el nefasto influjo de las emociones; se logra que se emboten éstas, y llega al extremo de desecharlas, de despreciarlas.

La aplicación sistemática de estos procedimientos psicológicos se asocia á las medicaciones indicadas para el estado general del sujeto, y se obtienen mejoras notables, por lo general de larga duración.

# REVISTA DE ESPECIALIDADES

POR EL PROFESORADO DEL INSTITUTO RUBIO

## Anestesia.

**Un accidente clorofórmico.** (*Gaceta Médica del Sur de España.* Abril de 1908.)

D. Juan de Dios Simancas Señán (de Granada) publica en el citado periódico una nota clínica digna de tenerse en cuenta, por lo cual me permito copiarla á continuación.

«No sé si el accidente á que voy á referirme lo ha tratado ya algún autor; por consiguiente, no pretendo la primacía en este asunto; sólo quiero poder ser útil en algo á los que lean estas líneas.

Con alguna frecuencia, sobre todo en el período de excitación clorofórmica, cuando el paciente se agita, y es difícil, si no imposible, mantener fija su cabeza, una gota de cloroformo cae en el ojo del paciente; los libros que he consultado sólo aconsejan precaución para que no caiga; después de caída, puede, por su acción sobre la pupila, llevarnos al síncope respiratorio, y hasta al cardíaco.

Me explicaré:

Tópicamente, el cloroformo sobre el ojo determina una inflamación en la esclerótica, apreciable por su coloración, rosa al principio, después rojo intenso: sobre la pupila es al principio ligeramente miósico, después enérgicamente midriásico; parece que estamos en peligro inminente de síncope cardíaco; sin embargo, la respiración y el pulso continúan normales; la pupila dilatada al máximum: es que hemos confundido la acción local con la general; cuando así sucede, y convencidos de que no era el síncope cardíaco quien nos amenazaba, damos más cloroformo; por mucho que demos no podemos contraer aquella pupila, que, influenciada directamente por la gota caída en un descuido, se nos muestra dilatada, no sólo durante la anestesia, sino media hora después.

La consecuencia es una conjuntivitis que tarda siete días en curar.

Cuando este accidente ocurra debe lavarse en el acto, y durante unos minutos, el ojo con agua esterilizada; después no consultaremos durante el curso de la operación aquella pupila, que nos puede llevar á un error de funestas consecuencias.»

**El tejido cromoafine en la anestesia.** (*Revista de Medicina y Cirugía.* Abril de 1908.)

Los Dres. José Wiesel y Enrique Schur dan cuenta de experimentos que han hecho en conejos, sometiendo estos animales á la anestesia etéreo-clorofórmico durante un tiempo que varió de media á cinco horas, y examinanda en estos casos los caracteres del tejido cromoafine. Cuando la anestesia dura de tres cuartos de hora á una hora, el examen histológico revela una disminución del tejido cromoafine, disminución que se acentúa cuanto más dura la anestesia; de tal suerte, que cuando esta última ha sido de cinco horas de duración, ya no se efectúa ninguna reacción cromoafine. El suero sanguíneo sólo produce acción midriática cuando la anestesia no ha durado más de hora y media. El extracto de la cápsula suprarrenal de un animal que ha estado anestesiado durante media hora rebaja la presión sanguínea; pero ya no posee esta propiedad cuando la anestesia ha durado de tres á cinco horas. Mientras dura la anestesia, la adrenalina es arrastrada hacia la sangre desde las células cromoafines hasta que se agota por completo el depósito; sin embargo, las células que desempeñan este papel de depósito se restauran de sus pérdidas algunas horas después de la anestesia. La muerte súbita producida por ésta en el estado térnico, acaso haya que atribuirla á una hipoplasia del tejido cromoafine.

---

**De la raquiestovainización.** (*Sociedad de Cirugía.* Sesión del 8 de Abril de 1908.)

M. J. L. Faure manifiesta, que en vista de los fracasos que se van registrando con este procedimiento de anestesia, debe restringirse su empleo.

El Dr. Leguen cita cuatro casos de meningitis indiscutibles. Otro de paraplegia que durante treinta y seis horas lo consideró perdido. Un niño de catorce años tuvo una cefalea terrible que le duró quince días, y, por último, un hombre de sesenta años, que murió rápidamente, con paraplegia, incontinencia fecal y urinaria.

M. Demoilin, que en su estadística de 50 casos ha tenido 14 decepciones, en dos de ellas las perturbaciones urinarias le duraron varios meses.

M. Routier, de cinco ensayos, dos tuvieron síntomas alarmantes durante veinticuatro horas.

M. Chaput, que de 20 anestesias hechas, siempre ha observado perturbaciones circulatorias, y en algunos cefaleas que les duraron más de ocho días.

M. Thiery, de seis casos, uno nulo, dos malos y tres buenos.

M. Delbet, sobre 79, sólo 41 han sido satisfactorios. Los restantes han sido á cual más desastrosos, teniendo que lamentar dos muertes. (Sin comentarios).

**Cirrosis cloroformicas.** (*La Semaine Médicale.* Avril 1908.)

M. Feissinger da cuenta á la Sociedad de Biología de sus ensayos en los conejos.

Por medio de inhalaciones prolongadas de cloroformo durante cuatro meses, ha conseguido producir la cirrosis, y en algunos una considerable esplenomegalia.

DR. FERMÍN MARTÍNEZ SUÁREZ

## Cirugia del aparato digestivo.

**La gastro-enterostomía y sus consecuencias**, por S. G. A. Moynihan. (*The British med. Journal*, 9 Mayo 1908; *Revue de Thérapeutique*, 15 Julio 1908.)

En un estudio muy interesante y detallado, demuestra el autor que la gastro-enterostomía, operación llamada de «pequeño círculo ó círculo corto», no da en realidad á los alimentos la posibilidad de evitar el paso por el píloro más que cuando éste está casi completamente obliterado ó cuando hay en él un obstáculo cualquiera. Sucede lo mismo que en todos los casos en que se crea una vía de derivación: *los alimentos ó las materias prefieren los conductos naturales á los artificiales*. Ejemplo: Á consecuencia de una apendicitis gangrenosa, se produjo una fístula estercorácea, que persistía un año después; se decidió operarla, y se puso la última parte del intestino en relación con el asa sigmoídea; la fístula estercorácea continuó dejando salir excremento como antes; fué necesario acabar por cerrar con sutura el extremo que se había ensayado excluir.

Kelling, por larga serie de experiencias, ha hecho ver que se puede realizar la gastro-enterostomía por los procedimientos anteriores, posteriores, en Y de Roux, unir el yeyuno arriba, abajo; los resultados son los mismos; no pasa nada por la anastomosis si el orificio natural está libre; todo el *alimento sólido ó líquido pasa por el píloro*. Recuerda las experiencias de Belbert, de las cuales ya hemos hablado: si se divide el intestino, se fija el extremo distal al estómago y el superior á la piel, se comprueba que no sale nada por el recto y que todos los alimentos vienen á salir por el ano artificial.

Después de pasar revista á los resultados de la gastro-enterostomía en las afecciones agudas y crónicas del estómago *Moynihan*, propone las conclusiones siguientes:

1.ª La gastro-enterostomía es una operación de pequeño círculo,

que obra felizmente sólo en los casos en que hay obstrucción mecánica.

2.ª Cuando el piloro es normal y permeable, el orificio artificial no libra de ningún paso al contenido gástrico.

3.ª La operación da sus mejores resultados cuando hay una lesión orgánica en la región prepilórica ó pilórica del estómago ó en el duodeno, y también cuando es hecha sobre el lado del cardias en caso de estenosis en el cuerpo del órgano (cáncer, estómago bilocular, etc.).

4.ª Cuando existe una úlcera de la pequeña curvadura cerca del cardias, se debe escindir si es posible, sin recurrir á la gastro-enterostomía, más nociva que útil.

5.ª Si se teme la degeneración maligna de la úlcera pilórica, es necesario recurrir á la operación de Rodman (excisión de la zona ulcerada) tan precozmente como sea posible.

6.ª De lo cual se deduce que no se debe aconsejar la gastro-enterostomía más que cuando existe una lesión gástrica orgánica bien averiguada.

7.ª Los vómitos por círculo vicioso, la más frecuente antes de las complicaciones, dependen siempre de faltas de técnica operatoria, puesto que se ha podido demostrar que eran siempre causados por una brida del yeyuno ó torsión del intestino sobre su eje longitudinal en el punto donde fué aplicado al estómago.

Y 8.ª El procedimiento, que consiste en aplicar verticalmente el intestino sobre la cara posterior del estómago, debe ser el mejor.

---

**Un caso de gastritis flegmonosa supurada, tratada con éxito por laparotomía,** por Weslly Bovée.—(*The Am. J. of te med. S. C.;* Mayo 1908; *Revue de Therapeutique,* 1 Julio 1908.)

La gastritis flegmonosa supurada es una afección muy rara; no se conocen quizás 75 casos. Se trata de una infección local que puede sobrevenir súbitamente en plena salud, como sucede en la variedad idiopática, ó bien ser la consecuencia de una forma lenta de infección, como se la ha observado en el cáncer gástrico, después de la infección puerperal, la fiebre tifoídea y traumatismos.

Bajo el punto de vista clínico, los síntomas difieren según que la forma es difusa ó circunscrita.

El comienzo brusco, el dolor localizado que aumenta con la presión sobre el epigastrio, los vómitos á veces de materias purulentas, y un estado general grave son los síntomas por que se caracteriza la afección, sintiéndose por palpación un tumor en las vecindades del estómago.

Sin embargo, el diagnóstico es muy difícil con la perigastritis consecutiva á la úlcera, la colecistitis supurada, el absceso del hígado, la pancreatitis aguda ó un envenenamiento por los cáusticos.

La laparatomía es á la vez un medio de diagnóstico y de tratamiento.

La gastrostomía ó la gastro-enterostomía parecen muy indicadas. La última permite el desagüe del estómago en el intestino, y la invasión de la capa submucosa da salida al pus.

En el caso de *Weslly* se trataba de una mujer de treinta y seis años, en el sexto mes de embarazo, que después de haber comido cangrejos, experimentó durante la noche vivos dolores gástricos, con vómitos primero alimenticios y después verdosos, con estado general grave. En la laparotomía se encontró en la región pilórica una masa resistente del volumen de un puño; abierto el estómago, se incindió el tumor, dando salida á dos ó tres onzas de pus; se hizo desagüe y alimentación rectal durante cinco días; al octavo día abortó, curando después completamente.

---

**Contusión aislada del páncreas.** (Soc. de Chir., 3 Junio 1908.)

*Guinard* refiere un caso de *R. Picqué*, que muestra cómo las intervenciones por desgarraduras del páncreas son seguidas de resultados felices, habiendo el autor reunido 20 hechos análogos.

La etiología es siempre la misma; traumatismos dirigidos de abajo arriba, en los cuales la glándula se aplasta contra la columna vertebral. Como consecuencia se forma un derrame enquistado que da lugar á algunos síntomas precisos; en particular á reacción peritoneal localizada en la región epigástrica. Se puede notar que sobre los 20 casos reunidos, 6, en los cuales no se intervino, murieron; de 4 operados, 10 se curaron y 4 murieron.

¿En qué puede consistir la operación? Si el traumatismo es reciente, podrá no haber necesidad más que de suturar la sección glandular; en el caso contrario se debe desaguar, después de haber taponado y quitado algún fragmento de glándula necrosado, si era necesario.

Se puede tener ocasión de observar fístulas pancreáticas á consecuencia de traumatismos de la glándula. Tuffier ha visto dos de ellas curar espontáneamente. En otros enfermos, Reynier señala el efecto muy rápido del tratamiento antidiabético.

Dr. R. L. y Yagüe

## Cirugía general.

**El infarto hemorrágico del intestino por obliteración venosa ó arterial,** por P. Moncloire y F. Jacoulet (*Archives générales de Chirurgie.* Marzo y Abril, 1908)

Algunos casos de observación personal y 54 recogidos en la literatura médica, sirven de base para este trabajo, extenso y muy completo.

El infarto del intestino por trombosis ó embolia mesentérica es más frecuente de lo que se cree, y gran número de las oclusiones agudas, íleons paralíticos y hernias internas que en el momento de la operación no se manifiestan como tales, no son otra cosa, en realidad, que infartos intestinales sin diagnosticar. En Alemania se encuentra el mayor número de casos publicados, porque se practican sistemáticamente y de un modo metódico las autopsias.

Además de estudiar la etiología, patogenia y sintomatología, razonando el tratamiento, los autores analizan lo que se ha hecho en patología experimental, practicando en perros, cuyo intestino y mesenterio se parecen mucho por su disposición anatómica á los del hombre, la ligadura de las arterias ó venas mesentéricas. La sola diferencia que se nota en cuanto á las consecuencias de esta ligadura, es que en los animales predominan los síntomas de excitación del intestino, y en clínica se ve predominar en el hombre los síntomas de obstrucción.

De este trabajo, dejando los detalles imposibles de consignar en poco espacio, me limito á señalar las deducciones más salientes y de carácter práctico, que son las siguientes:

El infarto hemorrágico del intestino es consecutivo á una obliteración arterial venosa, ó arterial y venosa á la vez.

Las lesiones determinadas experimentalmente en los animales son idénticas á las observadas en el hombre.

Bajo el punto de vista etiológico, el infarto de origen arterial es más frecuentemente consecutivo á una embolia cardíaca ó aórtica; el infarto de origen venoso es consecutivo á una trombosis de la vena porta, á una afección general y á un proceso inflamatorio ó neoplásico del intestino ó de los órganos pelvianos.

Clínicamente, en los dos casos se observa un verdadero síndrome, que evoluciona en dos fases: al principio, fenómenos dolorosos, vómitos hemáticos y enterorragias ó diarrea profusa; más tarde aparecen síntomas de obstrucción intestinal por parálisis.

El pronóstico es siempre muy grave; la curación, espontánea, excepcional.

El diagnóstico, relativamente fácil en los casos de embolia mesentérica, es muy difícil, mas no imposible, en los casos de trombosis venosa.

El tratamiento es puramente quirúrgico, y consiste en la resección del trozo de intestino afecto y del sector mesentérico adyacente, seguido de la sutura inmediata de los dos cabos ó del abocamiento de los dos extremos á la pared abdominal.

---

**Cura radical de las hernias inguinales voluminosas. Resección del cordón, exceptuando el conducto deferente. Posibilidad anatómica de la conservación del testículo sin atrofia,** por J. Colle. *(Contes rendus de l'Association de anatomistes*, 1907.)

La cura radical de las hernias inguinales voluminosas necesita, para ser definitiva, la coaptación exacta de los planos parietales. Los elementos del cordón, disociados y varicosos en la superficie del saco, forman cuando se disecan una masa voluminosa que impide unir convenientemente estos planos musculares y aponeuróticos.

Para obtener una reunión suficiente, el cirujano ha llegado en muchas ocasiones á sacrificar el cordón y el testículo. La contracción unilateral parece autorizada en estos casos; sin embargo, se puede conseguir el objeto deseado sin una mutilación de tal importancia.

En efecto; es posible sacrificar todos los elementos del cordón, sin que venga la atrofia del testículo, si se tiene cuidado de tratar bien la túnica fibrosa y el conducto deferente. La arteria funicular, por fuera de la fibrosa, no se toca, y respetando el conducto deferente, se asegura la integridad de la arteria del mismo nombre. Como se ha demostrado que estas dos arterias se anastomosan en pleno conducto con la rama testicular interna de la espermática, y son suficientes la una ó la otra para desviar la sangre hacia esta última; conservando los dos, se asegura la circulación testicular.

El testículo así conservado, después de la resección completa del cordón, exceptuando el conducto deferente, no se atrofia nunca. En fin, el conducto deferente solo no se opone á la oclusión completa del conducto inguinal y la función genital no se interrumpe, porque la glándula queda con vascularización suficiente y con su vía de excreción.

Dr. Pallarés

## Ginecología.

**La asepsia en las laparotomías**, por el Dr. Hans Tahler. (*Wiener Clinische Wochenschrift*, 1907, núm. 43, pág. 316.)

Es interesante la discusión sostenida en la Sociedad Vienesa de Obstetricia y Ginecología, acerca de la desinfección de las manos y de la piel del vientre en las laparotomías. De todos es sabido que, en vista de la imposibilidad de obtener una asepsia completa de las manos, desde 1891 fué recomendado por Halsten el uso de los guantes en las operaciones, primero de hilo y últimamente de caucho. Pero tan peligrosa como las manos en las laparotomías, resulta la piel de las operadas, y Gottstein aconsejaba proteger ésta con barnices adherentes. La desinfección ordinaria de la piel no es suficiente más que en las operaciones cuya duración no exceda de diez minutos, porque las bacterias emergen de la profundidad de las glándulas y reinfectan el campo operatorio.

En cuanto á las manos, Schauta emplea en su clínica el procedimiento siguiente: lavado con jabón, después con solución alcohólica de sublimado, y por último, los guantes de caucho que han sustituído á los de hilo, por la facilidad con que éstos se impregnan de bacterias, lo que obliga á cambiarlos á menudo en el curso de la operación; y aunque los primeros se esterilizan perfectamente por el calor, para que la superficie interna esté bien aseptizada, llena previamente con gasa los diferentes dedos del guante.

La pared del vientre se lava la víspera con jabón, y sucesivamente con alcohol, éter y sublimado, cubriéndola después con compresas alcoholizadas. Esta preparación se repite en el momento de la operación, cubriendo el vientre con compresas esterilizadas, que se fijan á la herida por medio de pinzas en cuanto se ha seccionado la piel. Operador y ayudantes se cubren la cara con una máscara de gasa esterilizada.

Para probar la eficacia de este método, el Dr. Hans Thaler ha hecho siembras de los productos recogidos, durante las distintas fases de la operación, sobre las manos del operador, sobre la piel del vientre, la superficie de los tumores, el peritoneo, las suturas, etc. Los resultados no han sido tranquilizadores: aun cambiando muchas veces de guantes (los de hilo), se encontraron casi constantemente en su superficie abundantes estreptococos y estafilococos; por lo cual dichos guantes se reemplazaron con los de caucho que se revestían con otros de hilo, y entonces las siembras sólo dieron colonias microbianas procedentes del aire y de la piel de la operada, por cuyo motivo sigue el profesor Schauta actualmente la práctica de Döderlein:

desinfecta la pared con la bencina iodada, y después la recubre con gaudanina; pero se ha demostrado que la desinfección de la piel es absolutamente la misma cuando se emplea la gaudanina que cuando sólo se recurre al procedimiento de Mikulicz, ó sea al embadurnamiento con la tintura de iodo.

Thaler ha infectado sistemáticamente con estafilococos y estreptococos y con materias fecales la superficie interna de los dedos del guante de caucho, ha cerrado éstos con una pinza y los ha metido en el autoclave; después del tiempo necesario para obtener una esterilización, ha visto que ésta era perfecta en los casos de infección por estreptococos y estafilococos, pero que las materias fecales continuaban virulentas, no siendo completa para ellas la desinfección mas que cuando se rellena el guante de uata.

Schauta cree insuficiente la esterilización simple de la seda, porque la aguja, al atravesar la piel, arrastra bacterias que estaban ocultas en las glándulas, y por eso es preciso que la seda contenga una sustancia microbicida. Siempre que es posible, prefiere los agrafes de Michel.

Nuestra práctica difiere poco de la que expone el autor de este trabajo, y que es la corriente en la clínica del profesor Schauta.

Para las manos empleamos el lavado con jabón, que se repite varias veces; después la solución concentrada de permanganato; luego el alcohol y el sublimado, y por último, los guantes de caucho esterilizados.

La piel del vientre de la operada se lava con jabón y sublimadó, después con alcohol, y por último con éter. Para la sutura externa damos la preferencia á los agrafes en las mujeres cuya piel tenga poco panículo adiposo, y la crin de Florencia esterilizada por el hervido en solución fenicada al 5 por 100 durante un cuarto de hora, en aquellas operadas de abundante panículo adiposo.

---

**Sobre la relación que existe entre las glándulas intersticiales del ovario y la osteomalacia,** por el Dr. J. Wallart-Basilea. (*Zeitschr. f. Geburts. u. Gindkold.*)

Fehling fué el primero que demostró que la extirpación de los ovarios curaba ó detenía muchos casos de osteomalacia, apareciendo desde entonces muchos trabajos dedicados á la investigación de la naturaleza de las relaciones entre los ovarios y esta enfermedad.

A pesar de todo, se han encontrado de un modo constante lesiones ó cambios definidos, por los cuales unos autores describen una degeneración hialina de los vasos sanguíneos, otros la hiperhemia,

disminución en el número de folículos primordiales, etc., y en algunos casos ninguna diferencia del tejido normal.

Wallart sostiene que la relación entre los ovarios y la osteomalacia puede depender de la secreción interna, y que la alteración de los elementos del ovario encargados de dicha función secretora es la que trae como consecuencia la osteomalacia.

Los elementos secretores del ovario, son: 1.° El cuerpo lúteo. 2.° Las glándulas intersticiales del ovario. Estas últimas son grupos de células que contienen gránulos grasosos que salen de la teca interna de los folículos cuando sufren cambios regresivos, por lo cual diferentes observadores llaman á éstos *cuerpos lúteos*, *atréticos* ó *espúreos*. 3.° Las células deciduales que se encuentran en número variable en el ovario durante el embarazo, en proporción inversa, aparentemente, al número de glándulas intersticiales. El autor describe las lesiones histológicas encontradas en los ovarios de cinco osteomalácicas, en las que practicó la doble ovariectomía, y de este estudio deduce que había un aumento en el número de las glándulas intersticiales en todos los casos, excepto en el cuarto, en el cual se notaba un aumento considerable de células deciduales. Piensa que es posible exista una conexión entre la osteomalacia y el aumento de actividad secretora de los elementos del ovario encargados de ella. En todo caso de embarazo se observan cambios en los huesos, especialmente en la pelvis, cambios que desaparecen después del parto; y suponiendo que la osteomalacia sea consecuencia de un exceso en este proceso normal, y que éste á su vez sea debido á la vaso-dilatación, se ha aconsejado por Bossi el uso de la adrenalina en el tratamiento de esta enfermedad, con algún resultado, según ya lo dimos á conocer en esta Revista. De todos modos, aún no está perfectamente demostrada la naturaleza de la osteomalacia y la relación que tenga con los ovarios.

DR. GUTIÉRREZ

## Medicina interna.

**Tratamiento quirúrgico del enfisema alveolar del pulmón,** por Charles Goodman y Siegfried Wachsmann (M. Record. May. 16, 1908.)

Los autores terminan por hacer en su importante trabajo las siguientes conclusiones: 1.ª La operación (que consiste en la resección de los cartílagos costales) presta un gran beneficio en el enfisema pulmonar, con dilatación rígida del tórax. 2.ª El rasgo más culminante de este tratamiento se observa ya en el momento operatorio: una vez resecado el cartílago costal, la costilla retrocede inmediatamente, á veces por debajo del nivel del esternón. 3.ª Libe-

rada la costilla por este procedimiento, si se coloca la punta del dedo en la sección, se observa que éste es comprimido entre el esternón y la costilla operada. 4.ª El pulmón se contrae visiblemente. 5.ª El alivio de la enfermedad se consigue con la operación sobre un solo lado del tórax. 6.ª La operación no es en sí peligrosa ni predispone al *shock*. 7.ª La insuficiencia cardíaca, el asma, la bronquitis crónica y la albuminuria, no contraindican necesariamente la operación. 8.ª Los mejores resultados se obtienen, no obstante, cuando la operación se practica antes de que se presenten complicaciones. 9.ª Una operación plástica, ó trasplante del pericondrio del cartílago resecado, parece completamente necesaria para obtener una duradera mejoría.

---

**Tratamiento del morfinismo.** (*The medical Society of the connty of New York.* Stated Meting. Held February 24, 1908.)

El Dr. W. D. Silkworth, de Brooklin, da á conocer un remedio malayo que cura el hábito del opio. Este remedio fué descubierto casualmente por unos chinos, cortadores de leña de los bosques, en la península de Malasia, y su introducción y primeros estudios terapéuticos se deben á Sir Charles King, el cual presentó á la Sociedad varios enfermos curados por la decocción de esta planta, *combratum sudaicum*, que crece con abundancia en el Estado de Selanger. En Europa, las primeras noticias de este remedio se deben al Dr. M. Bride, médico del Sanatorio de Medoc Solge (Londres), cuya experiencia es muy favorable á esta medicación, que considera como muy superior á cuanto hoy se conoce en el tratamiento de la intoxicación crónica por el opio y sus derivados.

---

**Tratamiento de las hemoptisis.** (*La Clinique.* Marzo 1908.)

El primero que, según parece, empleó este tratamiento contra las hemoptisis tuberculosas y cardíacas fué Fr. Marc, en 1904. Después, Rouget, Lemoine, Bourlad, Dienzeide y otros han recurrido á este tratamiento, obteniendo entera satisfacción de su empleo. De los experimentos llevados á cabo por Dic y Petitjean, resulta que á la acción vaso-dilatadora general del nitrito de amilo hay que agregar otra vaso-constrictora especialísima sobre el territorio de la arteria pulmonar; de tal suerte, que si en el momento de hacer una inyección intravenosa de nitrito de amilo en el perro, previamente curarizado y traqueotomizado, se practica un corte en el parénquima pulmonar, la hemorragia resultante se detiene casi instantánea-

mente. El nitrito de amilo contra las hemoptisis se emplea por el procedimiento corriente, vertiendo cinco ó seis gotas en un pañuelo y aproximándolo á la nariz del enfermo.

---

**Tratamiento de la coqueluche por la anestesia clorofórmica.** (*Gaceta Médica Catalana*, Marzo 1908.)

El Dr. Henri Rohschild, de París, ha tenido ocasión de observar en un niño enfermo de tos ferina, al que se cloroformizó para reducir una luxación de cadera, que le desaparecieron por completo los accesos de tos. Después ha reunido nueve casos más de coqueluche reciente é indudable, á los que trató por la inhalación clorofórmica con el aparato de Guglielmisutti. En dos de estos casos, la tos no reapareció después de la anestesia; en cuatro, los accesos descendieron de veintinueve á doce en las veinticuatro horas, curando al cabo de cuatro días; en los otros tres, desapareció completamente la tos á los quince días. La duración de la anestesia fué de cinco minutos. No es necesario llegar á una profunda cloroformización ni á la abolición del reflejo corneal.

---

**La eosinofilia y el equinococo,** por Roselló. (*Gazzetta degli ospedali*, 14 Enero 1908.)

La eosinofilia es constante mientras el parásito está vivo. Generalmente ésta es poco importante (4 por 100). Cuando el parásito muere, bien por supuración ó degeneración, bien por la invasión en el quiste de líquidos, como la bilis, desaparece la eosinofilia. También desaparece ésta en seguida que el quiste es extirpado. La localización del quiste no tiene influencia alguna sobre la aparición y grado de la eosinofilia.

---

**Diagnóstico de la fiebre tifoídea,** por Giovanni. (*Riforma Medica*, J. 1908.)

El autor confirma el hecho observado por Filipowicz, de que en los tíficos los repliegues cutáneos de la palma de la mano y de la planta de los pies presentan una coloración amarillenta. Este fenómeno es uno de los más precoces de la fiebre tifoídea, y es tanto más marcado cuanto más grave es la infección.

A. Mut.

## Medicina legal.

**La alienación mental y el delito,** por el Prof. J. Ingegnieros. (*Archivos de Psiquiatría y Criminología;* año VI.)

Ingegnieros señala con esta nueva observación los innumerables errores judiciales motivados por el desconocimiento de la alienación mental. Dicha observación fué recogida en el *Instituto de Criminología,* cooperando en ello los Dres. E. Gómez y H. Acero.

Primo Guareschi, de treinta y cinco años, alcoholista crónico, con ideas delirantes polimorfas y no sistematizadas (predominando las religiosas), y alienaciones intensas, dió muerte á su mujer el 2 de Febrero de 1906; en Julio de 1907 fué condenado.

Primo Guareschi, cuando cometió su delito, era ya un irresponsable peligroso, y su lugar no la prisión y sí un asilo de alienados. En cambio, fué procesado como un sujeto normal, sin advertir que su estado psíquico ordinario era patológico, como lo evidenciaban la transformación progresiva de su carácter, su decadencia mental, su incapacidad de adaptarse á las condiciones de lucha por la vida propias del medio en que vivía, la perturbación de sus sentimientos familiares, la dipsomanía constelada de episodios que lo hacían peligroso y, por fin, las ideas delirantes fugaces que, en más de una ocasión, habíanse manifestado á raíz de excesos alcohólicos.

Durante el proceso, Guareschi no buscó una sola atenuante legal de su posición de encausado; apenas si procuraba justificarse moralmente en sus confidencias privadas, para lo cual sólo atinaba á negar ó modificar los hechos de que estaba imputado. Es presumible que al cometer su delito haya estado bajo la influencia de su veneno habitual, hecho que, unido á su dipsomania, habría podido alegar en su favor.

Si se hubiera ordenado un peritaje médico-legal—concluye Ingegnieros,—habría procedido el sobreseimiento de la causa, evitando á él y á su familia el estigma moral de la condena. Pero fué menester que viniera á manos de los médicos de la cárcel, después de condenado, para advertir que en Guareschi ocurría un doble error judicial: encausado por un delito cometido en las condiciones determinadas por la ley para establecer la no imputabilidad, y condenado cuando ya padecía de otras perturbaciones mentales que constituyen una forma clínica de locura perfectamente caracterizada.

---

**Los alienados y la ley penal,** por el Prof. J. Ingegnieros. (*Archivos de Psiquiatría y Criminología;* el mismo año.)

Los criterios jurídicos vigentes no son sólo anticientíficos, sino peligrosos. Un delincuente es declarado alienado, y por consiguien-

te irresponsable: escapa de la acción de la justicia, pasa á un manicomio ordinario, y muchas veces recupera su libertad por el hecho de haber sido declarado irresponsable del delito cometido, si hay quien dispone de tiempo y de dinero para tramitarla, procediendo de buena ó mala fe. Y es al delincuente alienado, el de más graves anomalías psicológicas, el más antisocial, el más peligroso, el que debe ser objeto de una reclusión más segura, al que se le concede libertad para que continúe su obra exterminadora. «La criminología positiva (que críticos ignorantes acusan de proteger á los delincuentes, favoreciendo su impunidad) enseña que cuando un criminal tiene anomalías psicológicas profundas é insanables, debe ser recluído *ad vitam;* de ninguna manera esas anomalías deben servir de excusa (como suele ocurrir actualmente) para que se le devuelva una libertad que puede costar la vida á sus semejantes.»

Ingegnieros (los hechos hablan con irrefutable elocuencia) refiere el caso de cierto N. N., enfermo mental grave (delirio de persecución), sumamente peligroso y temible, á quien el juez devuelve la libertad. El hecho de ponerlo en libertad evidencia que él carecía de conocimientos psiquiátricos que le permitieran prever que ese temible perseguido estaba en vísperas de evolucionar hacia una megalomanía religiosa. De modo que la justicia brasileña *puso en libertad á un perseguido de los más peligrosos, de los que reaccionan á mano armada contra sus supuestos perseguidores; con el agravante de haber librado ya una sangrienta batalla en la vía pública.*

Este fué el presente griego que llegó á Buenos Aires. «Felizmente—dice Ingegnieros,—la evolución propia de esa forma clínica nos salvó del obsequio que nos hiciera la justicia brasileña; el período peligroso declinaba ya, sustituído por el delirio de grandezas.»

ANTONIO LECHA-MARZO
Interno de la Facultad de Valladolid.

## Neurología y Electroterapia.

**Efectos térmicos de las corrientes de alta frecuencia sobre el organismo,** por A. Zimmern y S. Turchini. *(Archives de l'Electricité médicale,* 10 juin 1908.)

Operando sobre el hombre y sobre el perro, han llegado los autores á comprobar, de una manera clara y exacta, los efectos que se pueden obtener por medio de las corrientes de alta frecuencia en las funciones de la termogénesis del organismo.

Tanto el hombre como el animal, reaccionan contra el efecto Joule de estas corrientes, de la misma manera que lo verifican con-

tra cualquier aumento de la calorificación sobrevenido rápidamente. El hombre tiende á defenderse del exceso de calor por la vaso-dilatación periférica, y el perro por la polipnea.

Cuando el sistema nervioso es impotente para poner en juego estos medios habituales de regulación, es lo probable que la defensa contra un aumento de calor se verifique recurriendo á una disminución en la intensidad de la termogénesis.

Bajo el punto de vista práctico, la alta frecuencia, por el efecto Joule que ella desenvuelve, constituye un procedimiento particular de termoterapia, menos brutal que los medios termoterápicos externos que hoy usamos (baños calientes, baños de luz, de sol, etc.), y con la doble ventaja sobre éstos de que no ocasiona ningún gasto de energías del organismo.

Por otra parte, este mecanismo regulador por la vaso-dilatación parece indicar su empleo, con grandes probabilidades de éxito, en muchos trastornos circulatorios, como, por ejemplo, en los espasmos vasculares periféricos, congestiones viscerales, la criestesia de los brígticos y de los arterio-esclerosos, etc.

---

**La radioterapia de la siringomielia,** por el Dr. Roger Labeau.
(*Thèse de Bordeaux*, mars 1908.)

Desde que Babiwsky, en Diciembre de 1906, dió á conocer el caso de una contractura generalizada por compresión de la medula cervical, que había mejorado notablemente á continuación de haber sufrido el enfermo la influencia de los rayos X sobre la columa vertebral, el autor concibió la idea de que los rayos de Röntgen pudieran tener alguna eficacia en el tratamiento de la siringomielia.

El autor presenta las observaciones realizadas en seis enfermos tratados por este medio en la clínica de Electricidad médica del hospital de San Andrés.

Teniendo en cuenta que la acción radioterápica sobre la medula se produce tanto más difícilmente cuanto mayor es la masa ósea que tienen que atravesar las radiaciones, el autor no coloca á sus enfermos en el decúbito abdominal absoluto, sino en una posición ligeramente inclinada, de manera que los rayos caigan perpendiculares á la parte comprendida entre las apófisis espinosas y las apófisis articulares. El espesor óseo que tienen entonces que atravesar es casi tres veces menor, y tiene además la ventaja esta posición, no sólo de poder aumentar el número de sesiones, sino la conveniente de obrar alternando sobre los dos lados de la medula, derecho é izquierdo, sea cualquiera la región que se exponga.

Según los fenómenos morbosos que presenten los enfermos, ha-

brá que exponer la región cervical, dorsal ó lumbar. La parte sobre la cual queremos que obren los rayos será limitada ó circunscrita, por medio de láminas de plomo de un cuarto de milímetro de espesor, suficientemente anchas para proteger bien las regiones vecinas, y dejando sólo una superficie de piel al descubierto, de unos dos centímetros de ancho por ocho de largo. Estas placas de plomo, como se amoldan perfectamente sobre el cuerpo, aseguran una inmovilidad completa.

Como la intensidad de la irradiación varía según el cuadrado de las distancias, el autor coloca los tubos lo más cerca posible de la región que deben influenciar. Esta distancia ha sido aproximadamente de doce centímetros, desde la piel al anticatodo, colocado éste paralelamente á la piel. La duración de las sesiones ha sido invariablemente de un cuarto de hora; el número de sesiones ha tenido naturalmente que variar según los diferentes enfermos.

Entre los seis sujetos tratados por el autor hay dos, Pedro y Victorina, cuyas lesiones siringomiélicas, muy avanzadas, databan de más de quince años, y en los cuales no se pudo obtener más que una atenuación pasajera de los dolores. La sensibilidad, la motilidad y las amiotrofias no sufrieron ninguna modificación; bien es verdad que, por causas independientes de la voluntad del autor, no pudo hacerse á estos enfermos sino un número muy corto de sesiones (cuatro y seis).

En otros dos enfermos, Armando y Leontina, menos gravemente atacados, que han podido seguir un tratamiento más regular, los resultados fueron bien diferentes. No sólo desaparecieron por completo los dolores, sino que la sensibilidad se hizo normal, y los trastornos motores se mejoraron notablemente. Y para que se comprenda hasta qué punto llegó esta mejoría, baste decir que ambos pudieron reanudar sus trabajos, hasta entonces suspendidos. Armando se ocupaba en la reparación de objetos de precisión, lo que exige una agilidad grande de las manos, y Leontina en trabajos de costura.

En fin, en los dos últimos enfermos, María y Margarita, los resultados del tratamiento radioterápico fueron aún más satisfactorios. Los dolores han desaparecido por completo. La sensibilidad objetiva es hoy perfecta. La fuerza mucular, normal. Los trastornos motores no existen, y, por último, la atrofia muscular casi ha desaparecido.

Para terminar, el autor hace mención de otros casos ajenos á la siringomielia, que ha tenido ocasión de observar; dos enfermos de hematomielia y otros dos de paraplegia (no dice de qué naturaleza), en los cuales ha visto una mejoría notable, sobre todo de la motilidad, tanto en los miembros superiores como en los inferiores.

Estos resultados, obtenidos en enfermos vigilados durante largo tiempo por el autor y tratados cuidadosamente, tienden á conceder á la radioterapia un lugar preponderante en el tratamiento de las afecciones médicas de la medula espinal.

DR. E. VILCHES.

## Osteo-artropatías.

**Un caso de rotación-luxación en ambas rodillas de origen congénito,** por el Dr. O. Helbing. *(Berliner Klinische Wochenschift*, núm. 5, 1908.)

El autor considera oportuno la publicación de este caso, no sólo por su interés científico, sino también por ser el primero que de esta clase se conoce.

La luxación congénita de la rodilla se presenta rara vez, y está, respecto á la luxación congénita de la cadera, en la proporción de 1 á 30 ó de 1 á 85. De los cuatro casos observados por el autor en el Kgl. Universitätspoliklinikfür orthopäde Chirurgie zu Berlín, tres eran vulgares, del tipo anterior; el cuarto es el que motiva su nota clínica.

Tratábase de una niña de año y medio de edad, con aspecto de idiota, y sin rasgos de raquitismo. Su aparato muscular presentaba los caracteres de la enfermedad descrita por Oppenheim con el nombre de miotonía congénita. Sólo los brazos podían ejecutar ligeros movimientos activos.

La exploración de los huesos por la palpación demostró que tenían sus caracteres normales, notándose solamente como extraordinario la ausencia de ambas rótulas.

Los tendones de los músculos flexores de la pierna se insertaban inferiormente en los puntos correspondientes: el contrario de lo que ocurría con el tendón del cuadriceps femoral, que se perdía bajo la piel sobre el cóndilo externo.

Ambas rodillas estaban en flexión permanente sobre el muslo, formando un ángulo de 60°, que podía alcanzar hasta 120° por los movimientos precisos. Las piernas habían girado sobre su eje longitudinal, en tal extensión, que las tibias miraban por completo hacia fuera, los pies habían seguido este movimiento; pero á consecuencia de existir en ambos lados un pie plano muy acentuado, no solamente estaban los pies dirigidos hacia fuera, sino que también los dedos miraban hacia detrás y arriba. Esta disposición se acentuaba cuando se intentaba colocar la niña de pie ó sentada, pues en esta última posición la niña no podía descansar más que sobre los pies.

La radiografía comprobó que no existían las rótulas, y que en ambas piernas estaba el peroné por dentro de la tibia.

A pesar de la existencia, en este caso, de una miotonía congénita, el autor determinó operarlo, pues partía de la base de los buenos resultados que da la trasplantación de los flexores de la pierna a convertirlos en extensores en los casos de flexión de la rodilla por contractura. Además, dada la disposición en que se encontraban las piernas de esta niña, siempre le sería imposible la progresión.

La intervención fué como sigue:

Se practicaron dos largas incisiones longitudinales en los lados del hueco poplíteo, cortándose los tendones de los músculos semimembranoso, semitendinoso y biceps en sus puntos de inserción. En esta primera parte del acto operatorio se consiguió colocar la pierna en extensión. Por la sección del ligamento lateral externo de la rodilla pudo hacerse girar la pierna hacia dentro, alrededor de su eje longitudinal, hasta que el pie quedó con la punta hacia adelante Para sostener permanentemente la extensión y rotación conseguida, se trasplantó los tendones de los músculos semitendinoso y semimembranoso, lo más tenso posible, á la tuberosidad externa de la tibia. La trasplantación del biceps hubiera sido perjudicial en lo referente á la rotación.

Al hacer la trasplantación de los flexores internos de la pierna, observó el autor que la cápsula articular de la rodilla estaba bien desarrollada en contraposición de todo el aparato extensor (ligamento rotuliano, rótula y tendón del cuadriceps femoral), que no existia. En el lugar del tendón de cuadriceps se encontraban delgadas fibras tendinosas que se irradiaban inmediatamente en la piel, fibras que se continuaban hacia arriba con una delgada cuerda redondeada, única que al músculo cuadriceps se unía.

Por la resección en cuña del tarso y trasplantación del músculo tibial anterior en la tuberosidad del hueso navicular, se corrigió el pie plano.

Supone el autor que la niña podrá realizar la progresión normal con el auxilio de un aparato de ferulas unido á un corsé.

A. López Durán

## Oto-rino-laringología.

**La rinorrea en la difteria**, por Rolleston. (*Méd. Review and Circular.* Julio 1907.)

El autor presenta una casuística con 1.200 observaciones. De ellas deduce que la rinorrea es muy común, y precede frecuentemente á las difterias faríngea y laríngea, desapareciendo en cambio en cuanto aparecen las pseudo-membranas en dichos órganos.

**Consideraciones sobre la causa determinante de los pólipos nasales,** por S. Yong, de Edimbourg. (*The Journal of Laryngology*. Octubre 1907.)

La opinión de la mayoría de los rinólogos sobre los pólipos nasales, es que son islotes de la mucosa que han sufrido una infiltración edematosa; el carácter pediculado de estas formaciones es común á casi todas las producciones hipertróficas de la mucosa nasal, como resultado de la acción de causas físicas sobre las partes edematizadas, que muchas veces, sin embargo, permanecen sesiles.

Yong se inclina á defender este modo de pensar, apoyándose en consideraciones clínicas, anatómicas y hechos experimentales (experiencias en gatos, animales propensos á pólipos mucosos). Según dicho autor, los fenómenos se suceden en el orden siguiente:

1.° Inflamación crónica de la mucosa.

2.° Dilatación de las glándulas, debida á la obstrucción inflamatoria de sus conductos excretores, y quizá á la acumulación de productos de secreción por hiperfuncionamiento de causa nerviosa.

3.° Infiltración edematosa de los tejidos, debida á transudación serosa. Esto puede explicarse: *a)* por obstrucción de algunos capilares; *b)* por permeabilidad exagerada de las paredes vasculares producto de su inflamación; *c)* por laxitud de los tejidos.

4.° Formación de plegaduras en las placas edematizadas (agrandamiento de los surcos y canales existentes, y formación de nuevos surcos entre las partes quísticas).

5.° Aumento del edema en las zonas plegadas, seguido de un ligero grado de hiperplasia de los tejidos sanos.

6.° Crecimiento por aumento de volumen, dando lugar á mixomas sesiles ó á pólipos pediculados debidos á la acción de la gravedad.

*Hechos anatómicos.*—Presencia de formaciones quísticas en la pituitaria, rodeando los mixomas; ausencia de ellas en las mucosas crónicamente inflamadas que no han dado lugar á pólipos. Identidad histológica de aquéllas y las formaciones poliposas en sus comienzos.

*Hechos experimentales.*—En el gato: la provocación de simples accidentes inflamatorios no da resultado alguno; provocando una inflamación al mismo tiempo que se tomaron medidas para distender y activar el funcionamiento de las glándulas, se produjeron edemas limitados que dieron lugar á formaciones polipoídeas.

*Hechos clínicos.*—Todo el que tiene pólipos mucosos padece asimismo una inestabilidad en el mecanismo secretorio de la pituitaria, que se traduce por una neurosis refleja cualquiera. Un día el equilibrio se rompe bajo la influencia de una causa irritante cualquiera; van á casa del médico, y éste descubre que tienen una serie

de pólipos, á los que achacan la causa de todos sus trastornos cuando son más bien el efecto, pues el único trastorno á que dan origen es á una insuficiencia espiratoria de la nariz.

La observación imparcial nos muestra que la neurosis refleja subsiste y los pólipos se reproducen á pesar de su ablación. Las autopsias nos enseñan la frecuente existencia de pólipos nasales en sujetos que sólo aquejaban un catarro crónico de la nariz.

*Conclusiones.*—Las alteraciones glandulares son necesarias para la producción del edema, primera fase de la formación del mixoma.

DR. IRUESTE

## Vías urinarias.

**Tuberculosis renal.** (*Société des Sciences médicales de Lyon.* Sesión del 8 de Enero de 1908.)

M. Pagés, interno del hospital de San José, presenta un riñón extirpado por M. Rafin, siguiendo vía lumbar. M.lle B., de treinta años de edad, ingresa en dicho hospital el 7 de Noviembre de 1907.

La enfermedad había comenzado un año antes, al fin de un ataque gripal, con micciones frecuentes y orina purulenta; en el mes de Julio aparecieron dolores en la región renal no muy intensos, tomando más tarde los caracteres de cólico nefrítico; durante estos accesos dolorosos había anuria, y terminaban con expulsión de grandes cantidades de orina purulenta.

*Estado á su entrada en el hospital.—Micciones.*—Por el día, cada hora y media; durante la noche, tres ó cuatro veces, y siempre con grandes dolores.

*Orina.*—Sin olor especial, ácida, con el aspecto de la poliuria turbia característica, con algunos coágulos y grumos purulentos.

*Riñón derecho.*—No es accesible; el izquierdo, según los momentos en que se le examina, presenta variaciones, desde la imposibilidad de deprimir bien la pared abdominal á la sensación clara de riñón voluminoso.

*Vejiga.*—Capacidad: 80 gramos.

*Cistoscopia.*—Orificio ureteral derecho normal.

*Cateterismo ureteral derecho.*—La orina del primer recogido es turbia, pálida, con numerosos leucocitos, ningún hematíe, un poco de albúmina; en el segundo recogido, el número de glóbulos blancos es muchísimo menor; pero en cambio hay algunos hematíes: se hace un tercer recogido para inoculación.

Estado general, mediano. Ninguna otra localización tuberculosa apreciable.

ANÁLISIS QUÍMICO

| *Orina total.* | | *Orina derecha.* | |
|---|---|---|---|
| Urea..... | 4,32 grs. por litro. | Urea..... | 8,37 grs. por litro. |
| Fosfatos..... | 0,95 — — | Fosfatos..... | 2,40 — — |
| Cloruros..... | 5,50 — — | Cloruros..... | 8,50 — — |

La superioridad funcional del riñón derecho queda fuera de duda.

EXAMEN BACTERIOLÓGICO

*Orina total.*—Presencia del estafilococo en los cultivos.

INOCULACIÓN POSITIVA

*Orina derecha.*—Inoculación con el primer recogido: positiva. Inoculación con el último recogido: negativa.

*Intervención.*—M. Rafin practica la nefrectomía lumbar subcapsular, extirpando el riñón, cuyo peso era de 225 gramos: se trata de una tuberculosis renal con absceso voluminoso en el polo inferior; pelvis un poco dilatada; en el polo superior se encuentra una caverna del tamaño de una nuez pequeña, pirámides infiltradas de granulaciones; la marcha post-operatoria sin accidentes.

*Informe de M. Rafin.*—Como habrán observado en la pieza patológica, existe dilatación de la pelvis renal.

Clínicamente se trata de una forma reno-vesical por la coincidencia de fenómenos vesicales y dolores renales con caracteres de cólicos nefríticos, hecho que debe relacionarse con la infección mixta y con la dilatación citada.

Anatómicamente es una variedad uropionefrótica, acompañada de crisis de retención en la pelvis renal.

El verdadero método para apreciar la integridad del riñón en la tuberculosis de este órgano, es el cateterismo ureteral del lado sano; la separación intra-vesical debe considerarse como proceder de excepción, porque si bien es verdad que da buenos resultados bajo el aspecto funcional, expone á errores en lo relativo á citología y bacteriología, y no quiere esto decir que al cateterismo no se le puede imputar defectos; el principal proviene de las impurezas que la sonda recoja á su paso por la vejiga, y el caso presente es un ejemplo.

Es preciso, pues, tener en cuenta que para llegar á un diagnóstico lo más preciso posible, hay que hacer inoculaciones con sucesivos recogidos, y principalmente con el último, pues de este modo la corriente de orina ha podido arrastrar las impurezas que recogió la sonda á su paso por la vejiga, y recuérdese que el lavado de una vejiga tuberculosa nunca puede ser completo.

CARLOS NEGRETE

# TRABAJOS DE LABORATORIO

## Y SUS APLICACIONES CLÍNICAS

**Repartición de las sustancias virulentas en los humores de los animales vacunados**, por M. Camus. (*La Presse Médicale*, núm. 42.)

Sabemos que en la sangre de los sujetos vacunados se encuentra una sustancia capaz de neutralizar la vacuna, y que ha recibido por diversos autores el nombre de sustancia antivirulenta. M. Camus se ha ocupado de investigar si existe una condición natural en la cual esta sustancia pueda ser más ó menos aislada de las materias albuminoídeas, y á este efecto ha estudiado comparativamente la acción antivirulenta del suero sanguíneo, del líquido céfalo-raquídeo, del humor acuoso y del contenido de bujías llenas de agua destilada, y que han estado cierto tiempo en la cavidad peritoneal de animales fuertemente vacunados. Estas investigaciones han mostrado al autor que todos estos líquidos son menos activos que el suero sanguíneo, y que ellos son menos ricos en materias albuminoídeas. M. Camus no ha podido rehusar á encontrar una condición natural en la cual sea realizada una separación de la sustancia antivirulenta y de la materia albuminoídea; cuando ella resulta rara, ó falta, aquélla disminuye ó desaparece.

El autor de este trabajo ha comprobado que la repartición de la sustancia antivirulenta no es igual en los tumores, y que cuando la inmunidad general es evidente, hay líquidos del organismo que están todavía desprovistos de la sustancia inmunizante. Este hecho permite comprender cómo los diferentes órganos de un mismo sujeto inmunizado no son igualmente sensibles al agente infeccioso; como, por ejemplo, la córnea conserva alguna vez una receptividad manifiesta para el virus infeccioso, mientras la piel es refractaria á la inoculación.

En lo que concierne al mecanismo de la inmunidad, M. Camus ha comprobado que á la sangre le corresponde el primer papel, el más importante en la defensa humoral del organismo.

BLASCO SOTO

**Trastornos de la eliminación urinaria durante la crisis de hemoglobinuria paroxística**, por Widal y Rostaine. (*Société Biologie*, núm. 5, 1908.)

En cinco enfermos de hemoglobinuria paroxística, dos sifilíticos hereditarios, dos sin antecedentes y un palúdico antiguo, han estudiado estos autores comparativamente las curvas de eliminación de

los cloruros y de las sustancias azoadas; estos ensayos han sido repetidos varias veces, y han deducido de ellos las siguientes conclusiones:

Ya Courmont, Morel y André habían demostrado que durante la crisis las orinas se empobrecían en cloruros rápidamente, y su punto crioscópico se elevaba; pues bien, Widal y Rostaine, en sus cinco enfermos, han visto que durante la crisis la tara de urea se elevaba á medida que se acentuaba el tinte hemoglobínico, y descendía próximamente á su estado normal al fin de la crisis. Se hacen las oscilaciones de la urea inversamente á aquellas de los cloruros.

La cantidad de ázoe sigue una marcha paralela á la de la urea. La relación azotúrica no sufre sino muy ligeras oscilaciones; desciende ligeramente en el momento en que la coloración de la orina alcanza su máximum de intensidad.

Para estudiar bien estos cambios es preciso recoger la orina en pequeñas fracciones con la sonda permanente, y el enfermo en ayunas no debe beber ni comer, en tanto las orinas son recogidas para los análisis.

Véanse las siguientes cifras comparativas:

En uno de los cinco enfermos la cantidad de urea era antes de la crisis 13 gramos 47 centigramos; se elevó progresivamente á 21,13, 21,88 y 22,27 gr., en el momento en que el tinte hemoglobínico alcanzaba su máximum de intensidad, descendiendo después, y á medida que el tinte desaparecía, á 21,34, 20,07, 19,63 gr., hasta alcanzar 13,47 gr., ó sea una cifra sensiblemente igual que antes de la crisis. En otro enfermo la urea, que era antes de la crisis 16,97 gr., llegada en plena crisis á 35,76 gr., y así en todos los enfermos observados se notaban hechos idénticos.

El ácido úrico sufre también elevación, ascendiendo en plena crisis á 1,12 gr., para descender, pasada ésta, á 0,68 gr. próximamente, el que existía en estado normal. Estos son los casos más frecuentes; hay enfermos, sin embargo, en que la elevación de la urea sólo alcanza á 1 ó 2 gr. en pleno paroxismo. Otras veces ocurre que, sobre todo si el enfermo bebe durante la crisis, la urea, no sólo desciende á la cifra normal, sino más bajo; así, en un enfermo cuya urea era 23,90 gr. y había ascendido en la crisis á 30,60 gr., luego descendió á 20,58 gr., cuando ya la orina había recobrado su limpidez normal, y siguió descendiendo en algunos minutos á 9 gr. y después á 3,33 gr. Los cloruros eran 5,25 gr., antes de la crisis, descendieron en ésta á 3,80 gr., y al terminar volvieron á elevarse á 5,98 gr., para bajar después, en menos de media hora, á 2,10, 1,18 y 0,70 gr.

El tiempo de aumento de la urea dura generalmente dos horas, algunas veces menos, y otras, tres horas y tres y media.

En veinte análisis, de veinticuatro practicados después por estos mismos autores, han observado siempre esta disociación entre la curva de la urea y de los cloruros; en los cuatro restantes han visto disminuir la urea, lo mismo que los cloruros, en tanto las orinas aumentaban de color; los enfermos en estos casos últimos habían bebido durante el acceso; de estos cuatro casos, en dos el descenso de la urea fué mínimo; en los otros dos fué muy marcado.

Introduciendo en agua fría las manos de un hemoglobinúrico, se puede graduar la intensidad de la crisis, según el grado de temperatura de este agua y según la duración de la inmersión; se puede llegar á determinar una crisis tan ligera, que quede reducida á un ligero depósito de albúmina, sin hemoglobinuria aparente, como ha publicado un caso notable Mr. Chauffard.

En el curso de los grandes ataques de hemoglobinuria, la albúmina precede á la aparición de la materia colorante, y aun persiste mucho después de desaparecida ésta; lo mismo pueden preceder á la materia colorante masas de moco, extractos de urato de sosa, cilindros y pelotones globulares, y lo mismo que la albúmina, pueden persistir después de que la orina ha recobrado su limpidez ordinaria.

Se confiere una inmunidad pasiva á los hemoglobinúricos inyectándoles suero de caballo preparado por la inoculación de suero humano. Cuando esta inmunidad comienza á decaer, se obtienen fácilmente crisis frustradas, reducidas á la simple albuminuria.

Para explicar los trastornos de eliminación de los hemoglobinúricos, no se puede incriminar el atascamiento de los tubos por hemoglobina, cilindros ó detritus hemáticos. Tampoco se puede invocar la temperatura del enfermo, pues ella es igual antes, durante y después del ataque. La evolución de las eliminaciones no es aquella que se observa en los febricitantes; además, en la mayoría de los enfermos observados, la fiebre persistía algunas horas después que la crisis había recorrido su ciclo, y la eliminación de los cloruros y el ázoe había concluído en sus oscilaciones.

No es la hemoglobinuria el solo trastorno de la crisis; la albuminuria se sabe que casi siempre la acompaña; ya sabemos también que pueden preceder á la hemoglobinuria el moco, los uratos, etc. El hecho más notable de la crisis es la disociación de las curvas de eliminación de los cloruros y el ázoe.

M. Jiménez G. de la Serrana

# BIBLIOGRAFÍA

**Nuova classificazione dei Delinquenti,** por el Dr. José Ingegnieros, Profesor en la Universidad de Buenos Aires.

Lo referiré tal como sucedió. Un día—hará de esto próximamente un mes—hallé sobre mi mesa de trabajo, revuelto con otros libros y periódicos, un pequeño volumen con el título que encabeza estas líneas. Cogí el libro, y de un tirón llegué á la palabra *Fine*, sin haber cambiado la actitud, de pie, que adoptara cuando empecé la lectura. Había transcurrido una hora, poco más ó menos, durante la que mi conciencia estuvo casi del todo abolida por una representación única, en ese estado que Baid llamó «monodeísmo».

Cuento el caso, porque creo que ninguna expresión del lenguaje puede dar mejor idea de la soberana impresión que sobre mí ejerció la obra del Dr. Ingegnieros, aislando mi «yo» del mundo exterior por efecto de la gran concentración del espíritu y lo sostenido de la atención. Acababa de ver, poco antes de esto, lenguas de enfermos sucias, bocas malolientes; acababa de pulsar radiales locas, de auscultar pulmones deshechos, corazones desfallecidos, de palpar hígados enormes...; y la lectura de esta obrita me produjo un gran bien, porque distrajo mi pensamiento de las «impurezas de la realidad», elevándolo á otras esferas donde éste se desenvuelve más brillante y más extenso, ya en estado puramente consciente, ya en ese grado intermedio denominado «ensueño», cuya trabazón, al fin y al cabo, es análoga á la de los estados de vigilia.

A eso vendremos á parar, oigo decir á los palpitantes materialistas de ahora: á que todo esto no resultará más que «sueños». Pues bien; yo les contesto, dejadnos soñar; de los sueños pueden salir producciones y agrupaciones nuevas, mientras que vosotros, analíticos del detalle, tenéis que seguir paso á paso las reales sensaciones, sin que os sea dado la libre representación. ¡Qué hermoso debe ser el soñar cuando se tiene talento! Leed á Goethe en su novela *Werther*, escrita, según él mismo cuenta, sin hacer aplicación reflexiva alguna. El célebre poeta danés, Grundtoig, dice: *He cantado cosas que no he conocido jamás.* ¿Qué es en muchos casos la imaginación artística, origen de las más grandes obras, sino un sueño que ha libertado la fuerza que en la naturaleza se presenta sembrada de obstáculos?

Pero las concepciones del Dr. Ingegnieros no son producto de una noche de fiebre, sino que están basadas sobre la actual psicología experimental que firmemente mantiene el carácter abstracto de la unidad general de la vida, admitiendo solamente la prepon-

derancia de unos elementos psicológicos sobre otros; no estados de conciencia completamente independientes ó autónomos, como quería la absurda teoría metafísica, que escindía la psiquis humana en tres facultades distintas: inteligencia, sentimiento y voluntad. Esa preponderancia de determinados elementos sobre la actividad psíquica individual explica los diversos caracteres, según domine la función intelectual, la sentimental ó la volitiva, y demuestra que, siendo un hecho el concepto unitario de la personalidad humana, caben dentro de ella (en el estudio clínico psicológico de los delincuentes) la anormalidad moral en un individuo; en otro, la diferencia ó desequilibrio intelectual; en otro, la alteración ó defecto de orden volitivo.

Toda la obrita del Dr. Ingegnieros está escrita en estilo sobrio, pero elegante, con esa difícil elegancia de la sencillez que seduce y encanta. El capítulo tercero, la «Psicofisiología del delito», es interesantísimo. «Un acto, dice el distinguido profesor bonaerense, considerado como una manifestación de la actividad psicológica individual, no es delictivo si está en relación con el ambiente social. ¿Qué variaciones de la actividad psicológica pueden determinar la inadecuación en la lucha por la vida propia del ambiente? La conducta delictiva es el producto de una excitación, una reacción de movimiento provocada en la esfera de la sensibilidad. La excitación puede venir del exterior, en forma de sensaciones capaces de despertar emociones directas ó asociarse á estados afectivos preformados en la psiquis como resultado de la anterior educación. Junto á esta actividad sentimental encontramos otro excitante capaz de conducir á la acción por estímulo interno dependiente de la representación, de la idea, en la esfera de la actividad intelectual. La conducta puede, en fin, ser criminal cuando la reacción individual responde de un modo anormal á la excitación, escapando á la influencia del sentimiento y de la idea. En este caso, á la voluntad debe referirse principalmente la constitución del delito.»

Así es como hace el autor su nueva clasificación de los delincuentes. El individuo, bajo la influencia de un excitante, puede obrar ó reaccionar de un modo antisocial, por ausencia, deficiencia, ó morbosidad del sentimiento: *Anomalía moral* (Distimia) con sus tres variantes, congénita, adquirida y transitoria. El acto delincuente obedece, principalmente, á la deficiencia ó trastorno en la esfera intelectual: Anomalía intelectual (Disnoesia). El acto criminoso se produce por deficiencia ó alteración en la función volitiva (Disbulia). Además, la anormalidad de dos, y aun de los tres modos funcionales de la actividad psíquica, pueden encontrarse en un mismo individuo; tal caso constituye los temperamentos patológicos

complexos. La verdad es, que desde la antigua escuela de Derecho penal basada en un concepto metafísico, y que desde el punto de vista jurídico consideraba al delincuente en plena posesión de su libre albedrío, á la moderna criminología que estudia, no solamente las acciones y omisiones penadas por la ley, sino la constitución físico-psíquica del delincuente y la influencia indudable determinante del ambiente social, del medio cósmico, significa un considerable adelanto y progreso.

Y dice el autor á que me estoy refiriendo: así como en medicina no existen enfermedades, sino enfermos, en criminología no debemos ver delitos, sino delincuentes. Y así como el médico no posee una panacea para cada enfermedad, pero ajusta particularmente á cada caso especial los recursos terapéuticos que posee, después de haber examinado el temperamento del enfermo y las condiciones del medio exterior, del mismo modo el criminalista científico debe estudiar individualmente los casos clínicos psicológicos que se le presenten, y no limitarse á considerar el delito como un simple hecho antijurídico, aplicando una fórmula invariable. He aquí que todo viene á dar la razón á aquel gran talento que en vida se llamó D. José de Letamendi, cuando proclamaba la necesidad de que los médicos estudiáramos más psicología—necesidad que este humilde «plumífero» (valga la *novedad* de la frase) ha repetido siempre, influído, claro está, por las enseñanzas del maestro,—para que no se dé el absurdo de que sólo los médicos conozcan la anatomía y fisiología, y sólo los juristas estudien psicología.. ¿Qué hombre es ese, qué *medio* hombre es ese, que médicos y magistrados pretenden dirigir y gobernar?

Muchas gracias al anónimo remitente de la obra, al que quedo reconocido.

A. Mut

---

**Quistes papilares del ovario.** Memoria de doctorado, por D. Mariano López Reche.

Nuestro joven compañero condensa en este trabajo cuanto se consigna en los principales tratados de Ginecología acerca de estos singulares tumores del ovario conocidos con el nombre de *quistes papilares*, cuya histogénesis necesita revisión, pues los modernos estudios histológicos van echando por tierra las teorías corrientes en algunas obras alemanas, cuyos autores gozan de reputación justificada.

El Dr. López Reche estudia en su Memoria la etiología, anatomía patológica, histología é histogénesis, síntomas, diagnóstico, complicaciones, pronóstico, curso, tratamiento, indicaciones y contraindicaciones de la operación, causas de muerte post-operatorias y estado de las operadas después de la intervención. Expone luego

doce historias clínicas recogidas en el servicio del Hospital de la Princesa á cargo del Dr. Cospedal, y termina su trabajo con las siguientes conclusiones:

1.ª La etiología de los quistes papilares del ovario es confusa, como la de las demás clases de quistes ováricos; la edad en que más frecuentemente se presentan es de los treinta y cinco á los cincuenta y cinco años.

2.ª Son bilaterales en un 65 por 100, y pediculados en un 8 por 100.

3.ª Toda tumoración abdominal de superficie rugosa, con desigualdades, bilateral y con considerable cantidad de ascitis, será quiste ovárico papilar probablemente.

4.ª La ascitis es intercurrente, y producida casi en su totalidad por la irritación peritoneal.

5.ª El período latente en esta clase de quistes es de larga duración, y en un 80 por 100 de enfermas sin manifestación alguna.

6.ª La sintomatología comienza á hacerse ostensible en el período de estado, que tiene de duración de uno á dos años, entrando luego las pacientes en el tercer período, ó de caquexia.

7.ª El primer síntoma de que se dan cuenta las mujeres, aparte del síndrome uterino, es el aumento de volumen del vientre producido por el líquido ascítico.

8.ª El único tratamiento racional y práctico es el quirúrgico.

9.ª Está indicada la intervención en todos los casos diagnosticados, pues aun cuando la lesión se encuentre difundida, puede obtenerse por lo menos alivio por medio de la laparotomía. Las contraindicaciones son las de toda la cirugía general.

10.ª Cuando por causas particulares ó por la localización del tumor no se pueda practicar la ovariotomía, debe efectuarse una operación circunstancial, siendo ésta con preferencia la tubo-ovariotomía ó la histerectomía.

11.ª Si en el transcurso de la operación se hubiesen separado muchas adherencias ó se esperasen para después grandes cantidades de exudados, el procedimiento de desagüe preferible es la colpotomía posterior.

12.ª No deben puncionarse los quistes, porque la punción permite la salida al exterior de las vegetaciones, dando además lugar á infecciones y supuraciones, y no reporta beneficio alguno.

13.ª Las causas de muerte más frecuentes son el colapso cardíaco y la peritonitis séptica papilomatosa.

14.ª El número de defunciones en las operadas de esta clase de quistes asciende á 42 por 100, por término medio.

## EL DOCTOR

# Don Eduardo Moreno Zancudo

---

Cuando por su edad, saber y acierto había de seguir prestando largos años sus valiosísimos servicios á la numerosa clientela y á este Instituto, ha muerto, inesperada y bruscamente, en La Toja (Pontevedra), el Dr. D. Eduardo Moreno Zancudo.

Personalidad médica de primer orden, de vasta cultura, gran talento, fina inteligencia y sagacidad clínica y social extraordinarias, constituye su muerte pérdida grande para nuestro Instituto, que se honraba teniéndole de Subdirector y desde hace muchos años de Profesor de enfermedades del aparato digestivo.

La falta de datos precisos, y el sentimiento que nos embarga, no nos consienten hacer hoy su biografía, que esperamos poder publicar en el próximo número.

Hijo amante de esta Institución, á cuyo engrandecimiento ha contribuído hasta su muerte, no podrá jamás ser borrado su grato recuerdo.

Esta Revista, que tantas veces se enalteció con sus magistrales escritos, llora como propia tan irreparable desgracia.

La Redacción

# SECCIÓN CLÍNICA ORIGINAL

## NOTAS CLÍNICAS

### UN CASO DE EXTIRPACIÓN TOTAL DE LA LARINGE EN DOS TIEMPOS

**Presentación del enfermo y piezas patológicas macro y microscópicas.**

POR EL DR. A. G. TAPIA

Del Instituto Rubio. De la Policlínica Cervera.

Al exponer esta modesta comunicación ante el II Congreso español de Cirugía, especie de heraldo que va á pregonar por el mundo culto nuestra labor, forzando las murallas chinas en que nuestra apatía de publicistas deja enquistado y oculto el trabajo científico de España, creo deber ineludible, que cumplo con extraordinario agrado, hacer resaltar la labor de los cirujanos españoles en la operatoria laríngea; labor fecunda digna de ocupar puesto preferente entre las naciones progresivas.

Recientemente he leído una modernísima obra francesa de tumores laríngeos, en la que, haciendo recuento de los cirujanos ó especialistas que en los distintos países han practicado la extirpación total de la laringe, apenas cita dos nombres españoles. Y nada tiene de particular que en el extranjero no se conozcan más, porque aquí mismo quedan lastimosamente ignorados.

La precipitación con que está escrito este trabajo no me ha permitido hacer una cabal requisa de la historia de la cirugía laríngea en España; pero sí me permite citar multitud de nombres de cirujanos ilustres que han practicado esta intervención. Con los datos que poseo no podré hacer una estadística definitiva (y para que sea provisional, renuncio por ahora á hacerla), pero sí podré avanzar para cuando llegue el caso, que es brillante y nada desmerece de las estadísticas extranjeras. Que en esto de las estadísticas extranjeras, globales casi siempre, no tienen para mí estimación ninguna; cuéntanse sólo en ellas los casos publicados, y evidentemente es notorio que suelen no publicarse los casos malos, mermando así enormemente, con grave riesgo de la veracidad científica, la casilla de la mortalidad operatoria. Para mí sólo tienen valor las estadísticas personales, donde el autor sincero expone todos sus casos, así favorables como adversos.

He aquí los nombres que yo conozco de autores españoles que han practicado la extirpación total de la laringe. Pero ante todo permítaseme dedicar un recuerdo á la memoria de D. Federico Rubio y á los ilustres cirujanos Dres. Toro, Sota y Lastra y Gómez Pamo, que los primeros en España y de los primeros en el mundo, han practicado respectivamente dos, tres y una extirpación totales de laringe. Que yo sepa, han practicado esta operación los señores siguientes: Botey (de Barcelona), Pizjuan (de Sevilla), Baltar (de Santiago), Lazarraga (de Málaga), Lloret, Cogollos (de Valencia), Mas, Spreáfico (de Murcia); Ribera, Guedea, Goyanes, Forns, Botella y Compaired (de Madrid).

Además, han realizado sólo extirpaciones parciales un número, como es natural, mucho mayor aún. De entre éstos citaremos al malogrado maestro Urruñuela, Federico Olóriz (hijo), Castañeda (de San Sebastián), Martín (de Barcelona), Barajas, Rueda, etc.

De intento no he nombrado al Dr. Cisneros, campeón de la cirugía laríngea en España, que en estos últimos años ha practicado 78 grandes intervenciones en este órgano, cifra respetable y tal vez sólo superada por uno ó dos cirujanos alemanes. Pero es que además, la personalidad del Dr. Cisneros, y por lo tanto, la laringología española encarnada en él, debe figurar en primera línea en la historia de la extirpación total de la laringe. Para demostrarlo, analicemos sucintamente el desenvolvimiento histórico de laringuectomía. Yo creo que puede admitirse en su evolución tres etapas:

*Primera etapa.*—Extirpación de la laringe sin ocluir la herida resultante, es decir, sin suturar el esófago á la membrana y músculos infrahioídeos. Con este primitivo modo de proceder quedan en amplia comunicación la herida operatoria y la tráquea, con los líquidos y exudados procedentes de la boca.

Resultado: frecuente bronco-pneumonía séptica; mortalidad sumamente elevada (52 por 100, Pean; se entiende de casos publicados). Muchos cirujanos dejaron de practicar esta operación en vista de los fracasos. Kock decía: «Todo el talento del cirujano consiste en no dejar al enfermo sobre la mesa de operaciones.» Solís Cohen afirmaba que el hacer esta operación «era sacrificar demasiados enfermos para salvar uno».

*Segunda etapa.*—Para evitar el peligro de bronco-pneumonía se aísla la cavidad bucal de las vías respiratorias.

El hecho de suturar el esófago á la membrana infraioídea para lograr la separación buco-respiratoria, fué sin disputa un paso colosal dado en el progreso de la operatoria laríngea. Esta idea se les ocurrió, con entera independencia, á Bardenhauer y á Cisneros, quienes la pusieron en práctica con gran éxito; y yo, que en obras

extranjeras veo unido el nombre de Banderhauer á este hecho culminante, no puedo menos de recabar para Cisneros, si no la exclusiva, al menos la participación por igual. Nosotros debemos llamar á esto «procedimiento de Cisneros», ó cuando más, «procedimiento de Banderhauer-Cisneros».

En esta segunda etapa se cuenta también con el esfuerzo de Gluck, autor de ingeniosísimas plastias para la separación bucofaríngea, y además con el método de Perier, para el abocamiento de la piel de la tráquea seccionada transversalmente. Pero no es este el momento de exponer todos estos interesantes mejoramientos de técnica.

*Tercera etapa.*—A pesar del mejoramiento logrado con la sutura del esófago, la laringuectomía seguía dando una respetable mortalidad (22 por 100 según unos [Schmiedgelow], 15 por 100 según otros [Molinier]); repito que estas son estadísticas generales de casos publicados. Y es que la sutura aisladora no puede mantenerse aséptica, por el paso al esófago de los líquidos de la boca, que muchas veces infectan los puntos, y la incomunicación se rompe, y la infección puede ganar toda la herida y á la vez el aparato respiratorio.

Pues bien: Le Bec y De Real, con ideas de Gluck, han realizado el ideal de la cirugía laríngea estableciendo una sólida barrera viva entre la tráquea y la boca.

Al nombre de estos ilustres maestros debemos unir el de Cisneros, que ha hecho más por el nuevo método que sus propios autores, puesto que en sus siete últimos casos operados ha obtenido siete éxitos operatorios. Y si bien siete casos son pocos todavía para sentar conclusiones definitivas, al menos hacen esperar que la terrible mortalidad operatoria de la laringuectomía llegue á ser casi despreciable con este procedimiento. Pronto la laringuectomía será operación casi benigna.

*
* *

Si el tratamiento quirúrgico del cáncer puede ser eficaz en algún órgano, en ninguno mejor que en la laringe, donde se reúnen multitud de circunstancias favorables. Precocidad de diagnóstico, puesto que este órgano protesta pronto con voz ronca de las acometivas de la lesión. Caparazón cartilaginoso, que detiene el avance por continuidad. Escasez relativa de redes linfáticas. Naturaleza del neoplasma, que casi siempre es epitelioma pavimentoso con globos epidérmicos, el menos maligno de todos los epiteliomas, acaso porque el engranaje de sus células, debido á las pestañas ó hilos comunicantes, las une, dificultando su paso al torrente linfático que tan

fácilmente acontece en los carcinomas encefaloides. La índole del trabajo presente no me permite extenderme en las indicaciones de la laringuectomía total; pero algo he de decir, á guisa de recuerdo, de esta cuestión tan interesante, menos tenida en cuenta por los cirujanos generales que por los especialistas, tal vez porque éstos, mirando con gran cariño al órgano de sus cuidados, y viendo la lesión en todos sus detalles de aspecto, sitio, extensión, etc., pueden juzgar con bastante exactitud el tanto de mutilicación que el órgano enfermo requiere, y, por consecuencia, el tanto de órgano que debe conservarse.

El concepto expuesto por Le Bec y De Real y por algunos cirujanos norteamericanos de efectuar siempre la extirpación total de la laringe, me parece absurdo, tenido en cuenta que existen curaciones permanentes indubitables con operaciones parciales que, por otra parte, conservan el órgano de la palabra y acusan menor mortalidad.

Por regla general, los especialistas admiten las agrupaciones siguientes:

Tumores pequeños limitados á una porción de la cuerda (tirotomía).

Tumores que ocupan toda la cuerda, inmovilizándola (hemitirotomía.

Tumores que sobrepasan la cuerda por arriba ó por abajo, sin pasar la línea media (hemilaringuectomía).

Tumores de la epiglotis (operación de Wallas).

Tumores que invaden los dos lados de la laringe (laringuectomía total).

Tumores extrínsecos con gran invasión ganglionar (inoperables).

Tales son las indicaciones generalmente admitidas; pero debo hacer constar que, cuando en la clínica se suscita una duda acerca de la elección de una de estas inoperaciones, yo siempre me inclino á practicar la inmediata superior; si se duda que pueda extirparse todo el mal con una hemilaringuectomía, practico la ablación total del órgano.

***

Y vamos á exponer la historia clínica que motiva esta comunicación:

Desde el punto de vista de la curación operatoria, el caso no tiene nada de particular. Pero el interés que me induce á presentarlo se refiere á un grave incidente surgido en el acto operatorio, que, por fortuna, no trajo graves consecuencias, y que nos sirve admirablemente para cantar las excelencias del procedimiento en dos

tiempos, ya que de haber ocurrido este accidente en enfermo operado en un solo tiempo, la bronco-pneumonía hubiera estallado rápida, acarreando fatal terminación.

E. V., pintor, cuarenta y tres años, acude á nuestra consulta de la policlínica Cervera, acusando ligeras molestias en la garganta, tos seca y ronquera; es catarroso antiguo y ha padecido dos veces pulmonía en el lado derecho: no tiene antecedentes específicos. El Dr. Flores Estrada le estaba tratando una afección bronco-pulmonar, muy sospechosa de tuberculosis, y le envía á mi consulta para que cuidemos su afección laríngea.

*Examen.*—En la base de la cara laríngea de la epiglotis y tercio anterior de las cuerdas vocales existe una masa neoplásica sesil, de aspecto aframbuesado, que determina una gran pereza en los movimientos de las cuerdas, aunque no llega á producir su parálisis; la glotis cartilaginosa permanece normal, por lo cual no hay dificultad respiratoria. No se tocan ganglios infartados; exteriormente la laringe está muy abultada, y borrado el ángulo diedro, formado por las láminas del cartílago tiroides. La glándula submaxilar derecha aparece algo más abultada que de ordinario. El cuerpo tiroides está sumamente hipertrofiado.

En el vértice del pulmón derecho se notan roces pleurales muy manifiestos, y alguno que otro crujido.

*Diagnóstico.*—Epitelioma laríngeo; el análisis de un trozo de tumor confirma este diagnóstico.

Antes de someter á este enfermo á una intervención tan importante como era la laringuectomía total, quisimos asegurarnos de si existía tuberculosis pulmonar, pues en tal caso nosotros no hubiéramos intervenido de modo radical. El examen clínico suscitó muchas dudas, y casi todos los que en el Instituto Rubio le examinaron se inclinaban á creer en la existencia de un catarro bronquial, con reliquias (roces pleurales) de las afecciones que sufrió en otros tiempos. El examen de los esputos, realizado varias veces por el doctor Durán, resultó negativo, y las inyecciones de tuberculina, puestas por el Dr. Jiménez, tampoco produjeron reacción. En vista de ello nos decidimos á practicar la extirpación total de la laringe.

*Operación.*—Con la eficaz colaboración de los Dres. Moreno Melgar, Irueste, Jiménez y Tapia (D.), y previas las precauciones de asepsia bucal, etc., etc, se practicó esta operación según la técnica de Le Bec y de Real.

*Primer tiempo.* 13-III-08.—Sección transversal de la tráquea y abocamiento á la piel; apenas comenzada la anestesia clorofórmica sobreviene enorme ataque de sofocación, que exige la traqueotomía de urgencia; ésta resulta muy difícil por la existencia de un bocio,

que aparece turgente á nuestra vista al incindir la piel; se rechaza hacia abajo y se incinden los anillos segundo y tercero; colocada la cánula traqueal, hacemos respiración artificial, y conseguimos volverle á la vida, que ya parecía extinguida por la asfixia.

Como la presencia de este bocio impedía el aislamiento de la tráquea por delante y por los lados, hicimos su extirpación dejando parte del lóbulo lateral derecho. Aparece la tráquea libre por delante, y procedemos á su denudación, por los lados y por detrás. Dos fiadores de seda, uno á cada lado, que abarcan dos anillos, nos permiten tirar hacia adelante de la tráquea; en esta situación la seccionamos por debajo del primer anillo. Disección fina, para aislar la pared posterior de la tráquea de la anterior del esófago, en una extensión de poco más de un centímetro; anteversión de la tráquea para abocarla á la piel, suturando sus contornos á la parte inferior de la incisión vertical, practicada por la traqueotomía. Merced á la posición de Rose, y á pesar de no haber empleado la cánula-tapón de Trendelemburg, fué ejecutado este tiempo operatorio sin caer una gota de sangre á la tráquea.

Como es natural, entre la laringe y la pared posterior de la tráquea, que en su nueva situación viene á ser superior, queda un espacio, que Le Bec drena hasta que el tejido de granulación se encarga de llenar, formando una barrera viva que servirá para aislar eficazmente el árbol respiratorio del digestivo, cuando al extirpar la laringe, se pongan la faringe y el esófago en comunicación con la herida. Con objeto de llenar este espacio sin necesidad de encomendarlo al tejido de granulación, habíamos pensado, en conversaciones sobre este asunto, mi amigo el ilustre cirujano Goyanes y yo, seccionar á nivel del borde inferior del cricoides los músculos esterno-cleido-tiro-hioídeos y suturarlos, cruzándolos á modo de corbata protectora, por detrás de la pared posterior de la tráquea. Sin embargo de haber limitado nuestro deseo en este caso á aproximar en lo posible estos músculos con algunos puntos de sutura, y drenar este sitio, apunto la idea del cruzamiento en corbata, que espero realizar en la primera ocasión.

Las consecuencias operatorias fueron buenas. Algunas décimas de fiebre los tres primeros días; la eliminación de los puntos de sutura musculares, y la mortificación de dos anillos traqueales, que fué preciso extirpar, fueron las únicas contingencias ocurridas. La herida comenzó á granular rápidamente, y el espacio, á que antes nos referimos, quedó completamente relleno de un tejido cicatricial firme.

*Segundo tiempo.* 3-IV-08.—Extirpación de la laringe. Cloroformización á cargo del Dr. San Román. Incisión horizontal á nivel del

hioides, desde un esterno-cleido-mastoídeo al otro; incisión vertical y media, desde el centro de la anterior hasta un poco por encima de la fístula traqueal; otra incisión horizontal, de seis centímetros, al nivel del extremo inferior de la incisión vertical. Los dos colgajos laterales que resultan permiten amplísimo campo, y facilitan la rebusca de ganglios en ambos lados. Extirpación de la glándula submaxilar derecha, que, á pesar de tener aspecto aparentemente normal, está sumamente engrosada. Denudación de la laringe por delante y por los lados. Sección transversal entre la laringe y el primer anillo traqueal. (Debo recordar que en el primer tiempo se hizo la sección de la tráquea, entre el primero y segundo anillos, quedando el primer anillo de la tráquea unido á la laringe.) Este primer anillo, especie de diafragma completamente obturado por el tejido de granulación, que llenó el espacio supratraqueal de que antes hablamos, nos sirve perfectamente para afirmar el aislamiento entre el tubo digestivo y el árbol respiratorio; y por eso le respetamos. Enucleación de la laringe, de abajo arriba, procurando no hérir el esófago.

La amplia cavidad resultante está en plena comunicación con la boca y con el esófago; los productos, saliva y vómito, procedentes de esos puntos, invaden el campo operatorio, y lo inundarían si no obturásemos su comunicación provisionalmente con tiras de gasa. Limpieza del campo operatorio y doble sutura, con catgut, del esófago á la membrana y restos musculares de la sección intrahioídea. Colocación de una gruesa sonda, de Nélaton, por la nariz, para asegurar la alimentación durante los primeros días. Nueva limpieza del campo operatorio; para ello pedimos agua oxigenada; pero apenas comenzamos á embadurnar la herida, notamos un penetrante olor á formol y una fuerte sensación irritante en la vista. ¡Nos habían servido formol puro (formaldeido al 40 por 100!) (Sin duda, alguna enfermera vertió formol, en un frasco vacío que contuvo agua oxigenada, y se olvidó de poner nueva etiqueta.) Gran lavado con agua hervida, para arrastrar el exceso de formol.

Se terminó la operación, suturando los planos musculares y la piel, y dejando un drenado muy amplio.

El curso post-operatorio se deslizó sin una sola décima de fiebre. Los primeros días, como consecuencia de la impensada cauterización con formol, tuvo grandes dolores en el cuello, que cedieron al comenzar á eliminarse la escara. Como es natural, se mortificó parte de la pared anterior del esófago, quedado la herida en amplia comunicación con este órgano y con la boca, siendo preciso hacer tres y cuatro curas diarias, para mantener limpia la herida.

La incomunicación, perfectamente establecida ya, entre la tráquea y la herida impidió en absoluto la entrada de saliva ó exuda-

dos al árbol respiratorio. Ventaja inmensa que evitó á este enfermo la muerte por bronco-pneumonía, y que realiza el ideal quirúrgico de la laringuectomía; operación cuyo casi único peligro es la bronco-pneumonía por aspiración, evitada casi seguramente con el nuevo método de Le Bec y de Real.

Este enfermo, como pueden ver los señores congresistas, está completamente curado de la intervención operatoria.

***

Para que este sujeto pueda hablar, hemos mandado construir un aparato fonético, siguiendo las ideas de Delair; su fundamento consiste en llevar un sonido á la cámara posterior de la boca, y, este sonido, modulado por la lengua y los labios, produce la palabra. Para ello, el Dr. Landete ha confeccionado una pieza dentaria hueca, dentro de la cual se coloca una lengüeta vibrante. La cavidad citada está abierta hacia atrás, y cerrada por delante, donde sólo hay un pequeño orificio, en el cual se enchufa un tubo de goma que á su vez se adapta á un balón de aire ó á la misma cánula traqueal. El enfermo impulsa fuerza al balón ó hace una espiración profunda, y la lengüeta vibra, produciendo un sonido que, al ser modulado, engendra la palabra. Hasta ahora nuestras pruebas han dado resultado favorable, si bien la voz obtenida es una voz rara, como de polichinela.

## PERÍODOS CLÍNICOS SECRETORIOS Y MOTRICES DE LOS DILATADOS GÁSTRICOS POR ESTENOSIS BENIGNAS

### RELACIÓN CON LOS RESULTADOS OPERATORIOS (1)

POR EL DR. R. LUIS Y YAGÜE

Del Instituto Rubio

Aun cuando aparentemente sea igual el cuadro sintomático que presentan todos los estenósicos benignos, su estudio atento y minucioso consiente ver que hay diferencias muy estimables é importantes en su fenomenelogía morbosa. A facilitar esta diferenciación contribuye la época de padecimiento en que suelen acudir á la observación: unos, los menos, se presentan en período ulceroso activo y típico, sin manifestación alguna estenósica, y después, en pleno tratamiento, se asiste á la iniciación de los síntomas de estrechamiento pilórico gradual con aparición de sus síntomas subsiguientes; otros, los más, acuden á las consultas bastante tiempo después

(1) Comunicación al II Congreso español de Cirugía.

de esta primera fase, de la que dan referencias precisas, con manifestaciones de su estrechez pilórica, no recientes y bien establecidas, y algunos, por último, van en un período consecutivo tan acentuado, que pasa á final, sino ya no es dable intervenir operatoriamente. Todo estenósico graduado progresivo recorre estas fases, las más de las veces con tal lentitud, que no es dable sino comparando su cuadro morboso á plazos muy lejanos, establecer en él didiferencias sintomáticas que las hagan evidentes y que son mejor destacables cuando se comparan varios estenósicos de distinta antigüedad en su padecimiento.

Su estudio sistemático y seriado nos ha permitido apreciar que, las más de las veces hay en ellos periodos secretorios y motrices completamente diferentes y aun opuestos, en cuanto á actividad funcional gástrica, con influencia evidente sobre los resultados lejanos de su intervención operatoria.

*Períodos motrices.*—En toda estenosis reciente, y durante un tiempo que suele ser tanto mayor cuanto menos gradudada ó progresiva es la estenosis, la motricidad está aumentada con contracciones persistentes y tumultuosas del estómago, en los períodos digestivos subsiguientes á las comidas ó cuando mecánicamente se le estimula. Se evidencia por las ondulaciones epigástricas, unánimemente aceptadas y de valor clínico tan primordial; de aquí que pueda ser denominado período hiperhémico ó de ondulaciones epigástricas. En él los lavados gástricos suelen ser tumultuosos ó incompletos durante algún tiempo, y el estado general y de nutrición, buenos ó muy regulares.

Más adelante, la motricidad disminuye, las ondulaciones no aparecen espontáneamente: son insignificantes y dificilísimas ó imposibles de suscitar. Es el período hipo-cinético en que el lavado suele tolerarse perfectamente desde el primer día, y el agotamiento de la retención alimenticia exige cantidades enormes de agua. Su nutrición suele ser muy deficiente, y la demacración pronunciada.

Por su acentuación, llegan progresivamente á su fase final ó período paralítico con intolerancia gástrica y vómito casi constante por rebosamiento, acabando no pocas veces, si de él salen, por complicaciones extrañas al aparato digestivo, como la tuberculosis pulmonar.

*Períodos secretorios.*—Casi sin excepción alguna, son los estenósicos benignos, en sus comienzos y durante casi todo el curso de su dolencia, hiperclorhídricos acentuados, las más de las veces con aumento uniforme y proporcional de todo lo segregado por la mucosa gástrica (jugo gástrico, pepsina, moco), y gran acidez clorhídrica libre y combinada, examinadas por análisis de comida de

prueba ingerida horas después de lavado gástrico tan completo como fuere posible: único modo de restar á él la hiperacidez debida á fermentaciones secundarias de los alimentos retenidos.

Este primer *período hiperclorhídrico con hiperacidez* suele ser muy largo y el único que existe en no pocos estenósicos.

Pero en otros, las más de las veces grandes comedores, bebedores ó estenósicos de larga fecha, hay hipoclorhidria acentuada y constante con gran hiperacidez, sin aparición transitoria ni por azar de hiperclorhidria, que no vuelve á aparecer jamás, por estar atrofiados los elementos secretores. Es el segundo y último período secretorio de *hipoclorhidria con hiperacidez.*

Estos períodos motrices y secretorios se combinan las más de las veces, siendo hecho general que el período hipercinético se acompañe siempre de hiperclorhidria; y frecuente que el período motriz hipocinético lo sea también de hipoclorhidria. En la fase final ó paralítica, siempre breve, si es persistente, se conserva el tipo químico de secreción que existía antes de ella.

Estas fases ó períodos motrices y secretorios de los estenósicos son la causa de los distintos resultados lejanos obtenidos con la gastro-enterostomía.

En efecto: en los estenósicos hipercinéticos se logra siempre por ella la evacuación completa, constante y persistente del contenido gástrico al intestino; y suelen aparecer más tarde, por ser simultáneamente hiperclorhídricos, síntomas dispépticos con tipo horario digestivo y exacerbaciones estacionales, climatológicas ó por ingesta inadecuado.

En cambio, en los hipocinéticos suele ser difícil conseguir la evacuación regular y constante del contenido gástrico, habiendo que persistir no pocas veces en el lavado para lograr la estimulación motriz y resultados permanentes; siendo excepcionalísima la aparición de síntomas dispépticos gástricos regulares; y frecuentes ó fáciles la indigestión y la diarrea.

Pocas veces es dable intervenir en la fase paralítica; cuando así se efectúa la gastroplegia aguda, suele poner en gravísimo conflicto la vida del intervenido, si es que no acaba con ella rápidamente.

Conclusiones.—1.ª El funcionalismo motriz y secretorio del estómago en los estenósicos benignos, suele ofrecer las más de las veces períodos diferentes y bien delimitables.

2.ª En la motricidad, los períodos son: 1.º Período hipercinético ó de ondulaciones epigástricas. 2.º Hipocinético ó sin ondulaciones. Y 3.º Paralítico ó final, con intolerancia gástrica ó vómito por rebosamiento.

3.ª La secreción suele ofrecer dos períodos: I. De hiperclorhidria con hiperacidez. II. De hipoclorhidria con hiperacidez.

4.ª Los períodos motrices son casi constantes en todos los estenósicos no intervenidos.

5.ª Los períodos secretorios se presentan con menor regularidad y constancia, pues no pocos estenósicos no pasan del primero.

6.ª El período hipercinético suele acompañarse de hiperclorhidria, y no pocas de hipoclorhidria el hipocinético.

7.ª Los resultados de la gastro-enterostomía son diferentes en unos y otros; en los hipercinéticos la evacuación del contenido suele ser regular, uniforme y permanente, pero suelen aparecer lejanamente síntomas hiperclorhídricos de tipo horario digestivo, modificables por tratamiento médico. En los hipocinéticos los resultados evacuadores suelen ser menos completos; no siendo raras subsiguientemente la indigestión y la diarrea.

## TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS ESPINAL POR LA ELECTROIONIZACIÓN

Por el Dr. Enrique Vilches y Gómez,

Profesor de Neurología y Electroterapia del Instituto Rubio.

Ya en otros trabajos hemos dado á conocer los importantísimos efectos de la medicación iónica (1) en múltiples afecciones, y muy especialmente en aquellas que se determinan por la producción de esclerosis articulares, ocasionando deformaciones y entorpecimiento más ó menos graduado en la movilidad normal de las partes afectas.

Leduc, Lewis Jones y otros experimentadores han publicado asimismo muchas observaciones de esclerosis de diversos órganos y tejidos, en las que la acción esclerolítica de la medicación iónica por medio de la corriente eléctrica, se había manifestado en extremo provechosa, y conseguido la desaparición completa, en muchos casos, de lesiones esclerosas de importancia. Tales son, por ejemplo, las escleritis y episcleritis reumatoídeas, las sinequias, de todas las cuales se citan resultados notables, los casos de sínfisis pleural tratados con éxito por Leduc, etc., etc.

(1) Recientemente ha dado en llamarse por algunos *iónica*, á pretexto de castellanizar la palabra, y, por consiguiente, *iontisación*, *iontisar*, etc. Pretensión que entiendo injustificada, y que no debe prevalecer por múltiples razones. Aparte de no resultar más eufónica, se desnaturaliza con la interposición de la *t*, y siendo una palabra griega, cuyos derivados se pueden formar admirablemente con las terminaciones propias de nuestro idioma, huelga por completo esa interposición extraña. Además, los neologismos en las ciencias deben conservarse con la mayor pureza posible de origen compatible con el eufonismo de cada lengua.

Estos hechos, comprobados algunos de ellos por nuestras experiencias, nos han sugerido la idea de intentar el tratamiento por este medio, de ciertas lesiones del eje raquídeo, ya de antiguo reconocidas como de naturaleza esclerósica. Así, pues, hicimos nuestra primera aplicación de este procedimiento en un caso de parálisis espinal espástica bien caracterizada, que se nos presentó á la sazón en el dispensario del Instituto. La enferma, de treinta y dos años de edad, bien constituída, casada, y sin anteeedentes personales ni de familia, hacía próximamente un año que empezó á notar la rigidez de las extremidades inferiores, principalmente de la derecha, cuya rigidez iba aumentando desde entonces paulatinamente. Había exaltación de los reflejos rotulianos y ligero clonus del pie más acentuados á la derecha, y completa integridad de la sensibilidad y esfínteres. El signo de Babiuski, negativo. Nada de sífilis adquirida ni hereditaria.

No hay tampoco antecedentes histéricos ni estigmas de la neurosis; además, el curso de la afección y la rigidez muscular característica que se observa en los movimientos pasivos, hablan por completo en favor de una esclerosis lateral. Lo mismo podemos decir del aspecto de la enferma durante la marcha, aspecto que casi basta por sí solo para diferenciar la verdadera paresia espasmódica espinal de la histérica. El signo de Babiuski positivo es indudablemente una demostración cierta de la lesión de la vía piramidal; pero su falta no puede interpretarse en el sentido de la integridad de dicha vía, según se ha demostrado ya repetidás veces. (Openhein y otros.)

No existía, en fin, ningún otro síntoma que pudiera hacernos sospechar se tratase de lesiones combinadas de la medula; y aunque es difícil establecer con seguridad un diagnóstico de lesión sistematizada, es decir, de una esclerosis lateral típica, habremos de aceptar este supuesto á falta de pruebas en contrario.

La enferma fué sometida á la electroionización del cloro que, como ya hemos dicho, tiene una positiva acción esclerolítica, puesta de manifiesto en muchos procesos esclerosos por distintos observadores, y comprobada por nosotros en varios casos referidos ya en esta Revista.

Bien es verdad que hasta ahora la mayoría de los ensayos de este procedimiento se ha hecho tan sólo en lesiones relativamente superficiales, como son, por ejemplo, las esclerosis de las articulaciones, adonde parece que puede llegar más fácilmente la acción de los iones medicamentosos; pero no puede negarse la posibilidad de que dicha acción alcance también á órganos más profundamente situados, siquiera se hallen, como la medula, protegidos por una cubierta ósea. Esto no es obstáculo al paso de la corriente, y por lo

tanto, á la penetración de la sustancia ionizada, como no lo es el cráneo, á través del cual pasa aquélla con la facilidad que ha demostrado Leduc en sus curiosas experiencias sobre la epilepsia experimental, el sueño eléctrico y otros interesantes fenómenos debidos á la acción directa de la electricidad sobre el encéfalo.

Ciertamente que el fluido eléctrico no alcanza la medula con la facilidad que lo hace en el cerebro; pero esto no es debido á la barrera que pueda ofrecerle la columna vertebral, sino á que siendo muy conductoras las masas musculares que llenan los canales vertebrales, derivan cierta cantidad de fluido de la corriente que ha de atravesar los tejidos para llegar á la medula. No obstante, como quiera que en este sitio se emplean, sin los cuidados que ofrecen las aplicaciones cefálicas, intensidades más elevadas, puede perfectamente compensarse este déficit, y hacer llegar á la medula la energía necesaria.

Siguiendo la técnica varias veces descrita por nosotros para estas prácticas electroiónicas, fué sometida á ellas la enferma en sesiones de treinta á cuarenta minutos, las dos primeras, prolongándolas después hasta alcanzar la duración de una hora las últimas. Desde la tercera aplicación empezó la enferma á mover más libremente sus piernas; la rigidez muscular fué lentamente disminuyendo, así como la excitabilidad refleja, y, para abreviar, á las 25 sesiones apenas se notaba nada en la marcha, siendo casi por completo semejante á la de una persona sana. Los reflejos continuaban exaltados, aunque en un grado menor, y lo que había enteramente desaparecido era el clonus del pie. En esta situación, y cuando esperábamos que la enferma, que tan satisfecha se encontraba por la inesperada mejoría, perseverase en el tratamiento con gran constancia, desapareció del dispensario, y algún tiempo después supimos que se había ausentado de Madrid.

A la terminación del curso pasado, ó sea en los primeros días de Junio último, empezamos el tratamiento electroiónico de otro enfermo del Instituto que presentaba un cuadro sintomático análogo al de la enferma anterior, si bien el padecimiento era más antiguo (tres años); pero este enfermo sólo recibió cinco aplicaciones por haberse terminado el curso y suspendido las consultas. El último día nos manifestó el enfermo que sentía ya algún alivio, y quedó convenido el reanudar el tratamiento en el próximo otoño.

Tengo en la actualidad otro caso, en la consulta particular, sometido á la misma medicación, y del cual nada puedo decir aún por estar en los comienzos del tratamiento.

Aunque el asunto es de trascendental importancia, con tan exiguo material clínico como es el que ofrecemos en la presente nota,

parecería que holgaba su publicación, si no tuviera por principal objeto dar una especie de fe de vida en un particular cuyo estudio esperábamos ser los primeros en dar á conocer; mas como no ha sido así, por haberse adelantado otros observadores publicando sus casos, deseamos hacer constar, por si este tratamiento alcanzara el éxito apatecido, cuando menos la simultaneidad de las experiencias.

En efecto; en el último número de *Archives d'Électricité Médicale* (10 Julio 1908), tomado del *British medical Journal* (4 Abril 1908), se halla un artículo del Dr. Dawson Turner con la exposición de dos casos de esclerosis lateral de la medula, tratados por la electroionización del cloro con resultados muy satisfactorios, y otro de esclerosis diseminada, sujeto al mismo tratamiento, sin éxito hasta el presente.

Nosotros comenzamos nuestros ensayos en Febrero último, sin tener, por consiguiente, la menor noticia de las experiencias de Dawson; y si deseo consignarlo así, no es ciertamente porque juzgue el hecho meritorio, pues muy de esperar era, y muy lógico, que á cualquiera ocurriese la idea de hacer aplicación, á lesiones análogas de otros órganos, del método de Leduc para las esclerosis articulares, conocido y comprobado por gran número de prácticos.

Ya preveíamos dicha concurrencia, cuando, al ocuparnos de esta materia en otro trabajo (1), decíamos:

«Es indudable que esta acción esclerolítica de la medicación electroiónica ha de ir utilizándose en otros padecimientos, hasta hoy no intervenidos, y acaso no transcurra mucho tiempo sin que nos sorprendan los experimentadores con hechos inesperados é interesantes.»

En resumen: si la acción esclerolítica del ion cloro ha sido demostrada en ciertas lesiones articulares y de otros órganos, ¿por qué no hemos de suponer al menos que esta misma acción pueda ejercerse sobre otras esclerosis, que si bien más profundamente situadas, y, por consiguiente, más difíciles de alcanzar, no es, sin embargo, imposible lograrlo, como lo prueban multitud de experiencias acerca de la penetración de los iones, á través de los tejidos y á grandes distancias, en virtud de la corriente eléctrica? Los escasos hechos hasta ahora recogidos empiezan á darnos la razón; el porvenir no tardará en dictar el fallo definitivo. Entretanto, todos los procesos determinados por un desarrollo anormal del tejido fibroso, ya superficiales, ya de órganos más profundos, como el hígado, el riñón, etc., pueden y deben ser sometidos á este singular procedi-

(1) *La Medicación iónica.* — REVISTA IBERO-AMERICANA DE CIENCIAS MÉDICAS. — Junio 1907, página 414, párrafo 5.°

miento, de cuya introducción, en el arsenal terapéutico, debemos estar cada día más satisfechos, por constituir un medio de acción poderoso, sencillo y completamente inofensivo.

Agosto 1908.

## HISTORIA DE UN NEURASTÉNICO AGITADO

Por el Dr. Abdón Sánchez-Herrero

Director del Sanatorio del Pilar; de la Beneficencia municipal, por oposición.

Cualquiera que haya meditado sobre el mundo moral, estará persuadido del poderío de las ideas. No se limitan éstas á modificar las conciencias; invaden también la esfera de los afectos y sentimientos, la cual, en último análisis, es la determinadora de la conducta de individuos y colectividades. He aquí la causa de que esos dos eternos y contrarios elementos, el amor (bien) y el odio (mal), sean los móviles ocultos de las acciones humanas. Es cierto, además, que las ideas falsas engendran las pasiones y los vicios *(parabulia)*, los cuales hacen enfermar al organismo, porque *el mal moral conduce al mal orgánico* en virtud de la inexorable lógica que hace solidarios los actos todos de una existencia. H. Ll. era un sujeto de cincuenta y dos años, natural y residente en una provincia castellana, comerciante acaudalado, casado y padre de numerosa familia. De baja estatura; obeso, hasta el punto de fatigarse pronto al andar, rehuía el movimiento y en sus ademanes se advertía el cansancio.

Dos veces estuvo este enfermo en mi Sanatorio del Pilar, abandonándolo ambas prematuramente, contra la opinión de sus amigos y mía. La vida de este hombre había sido de un trabajo rudo y continuo. Desde muy joven se vió al frente de un importante negocio, y á desenvolverlo se consagró en cuerpo y alma. La codicia es un vicio muy común en su pueblo natal, y H. Ll. lo tenía en grado superlativo. Su fin era hacerse rico, muy rico, y pronto, muy pronto. Y todo eso ¿para qué? Cuando después de conseguido ese objeto, á costa de tantos esfuerzos, quiso descansar, vino la enfermedad á probarle que las riquezas nada significan si falta la salud. Él, que en su juventud, clavado junto al mostrador, no había conocido diversión alguna, se encontraba en el umbral de la vejez imposibilitado para buscar compensación á aquel sacrificio. Así, la realidad se complace en enseñarnos las consecuencias prácticas de las ideas erróneas para que escarmentemos en cabeza ajena.

Un doble origen de agotamiento tenía en su labor. Por una parte, quería llevar por sí mismo la contabilidad y la correspondencia de

su comercio, imponiéndole este deseo la necesidad de prolongar la tarea de escritorio hasta la una ó las dos de la mañana. Cuando la fatiga le dominaba, ya que no ejecutor material, era el inspirador, el que daba *la idea,* el sentido en que había de contestarse á tal ó cual corresponsal. Y si alguno de sus subordinados se permitía ciertas iniciativas, aunque se tratase de su hijo, hombre ya y muy inteligente, le parecían mal, y había de romperse cuanto no estuviera conforme con sus ideas. El era el alma del organismo representado por su industria. Vemos aquí un carácter avasallador y ególatra. Vive ilusionado quien crea poder prescindir de los otros y bastarse á sí mismo. Es lo que dice el pueblo en su lenguaje aforístico: *No hay hombre sin hombre;* lección elocuente de humildad y solidaridad encerrada en bien pocas palabras.

El segundo motivo de cansancio para H. Ll., eran los viajes repetidos que hacía en cualquier estación del año, sin reparar en la inclemencia del tiempo. Su objeto era entenderse mejor con los fabricantes por medio de visitas directas (más útiles que las cartas), y obtener ventajas en sus compras y, sin duda, mayores facilidades para los pagos. Calcúlese el efecto que harían en un organismo ya quebrantado por el diario trabajo mental, y véase cómo este sujeto, impulsado por una pasión ciega, como lo son siempre, marchaba con paso rápido á la bancarrota orgánica, denominada *enfermedad de Beard.* En general podemos asegurar que individuo que se apega al mundo exterior, á las cosas, *al engaño de las riquezas,* como dice la Escritura, *no es pensador,* porque para éste la suprema necesidad es el progreso (intelectual y moral) contenido en los caracteres de imprenta, y aunque sea pobre, como lo fueron Cervantes, Camöens ó Fulton, siempre podrá repetir con Bias: *Todo lo llevo conmigo.*

Lo que no ven estos seres apasionados, es que el organismo es una máquina que está dispuesta para funcionar con intervalos de descanso. Ninguna de las que el hombre construye puede estar en acción constante. Y lo que no les pedimos á ellas, porque comprendemos el absurdo, ¿se lo vamos á pedir á nuestros cuerpos que tienen vida? Así es como el sistema nervioso se agosta, envejece antes de tiempo, y se inutilizan los hombres para los grandes empeños de la existencia. En el trabajo no hay necesidad de matarse; es función de la paciencia y de la perseverancia; hay tiempo sobrado para todo, y son más eficaces pequeñas dosis repetidas á diario, que grandes excesos seguidos de periodos de inacción desproporcionados. Mas la divisa de nuestro tiempo parece ser el atropello y la precipitación, y por esto hace notar el Dr. Arrimadas (de Valladolid), en su *Patología quirúrgica,* que son más escasos ahora los grandes hombres que lo fueron en la antigüedad, y lo atribuye—con mucho

acierto—á que los antiguos leían menos que nosotros, pero *meditaban más.*

Ved ese pueblo de actividad febril y de progreso material rápido: los Estados Unidos de América. La vida en ellos es acelerada, vertiginosa, porque la sed del oro se ha apoderado de sus habitantes. Redúcense los sentimientos á guarismos, y la tensión de espíritu de los millonarios es tan grande, que muchos acaban en homicidas (caso Thaw) ó suicidas (banqueros arruinados en el último *krach* de New-York). Abundan en este país los viejos prematuros. Pero hay más: estos organismos, agotados por el esfuerzo irracional, no pueden engendrar cuerpos sanos, sino enfermizos y decadentes. Así lo comprueban los hechos: sus hijos están predispuestos á las neuro y psicopatías más variadas; son candidatos á la degeneración ó degenerados manifiestos, viniendo así á pagar ellos las culpas de sus padres. Un caso más de la herencia patológica. Al comenzar el mal, lo primero que notó H. Ll. fué una disminución considerable de la memoria. Olvidaba los asuntos con la mayor facilidad. Se equivocaba al calcular, cosa que nunca le había ocurrido. En la correspondencia repetía palabras, y hasta frases enteras, sin darse cuenta. Tuvo que abandonar el escritorio por serle imposible la permanencia en él arriba de diez minutos, limitándose á dar consejos á sus dependientes sobre lo que debían hacer. Semejante privación, dado su carácter, que he procurado describir con la fidelidad posible, le hacía sufrir mucho. Giraba en torno del almacén: él era el término obligado de sus paseos; se sentía atraído allí, teniendo que enfadarse su familia para que dejase de intervenir activamente en las transacciones. Era la velocidad adquirida, el hábito contraído que no podía desechar.

Dicha situación para H. Ll. constituía un tormento. Verse reducido á la impotencia en el mismo lugar en que antes lo llenaba todo, era un suplicio de Tántalo. En el momento en que fijaba su atención sobre cualquier materia, se mareaba y sentía dolor constrictivo en la cabeza, como si un fino alambre la apretase. Le era imposible leer, y mucho menos escribir. Y se sucedían los días, las semanas y los meses sin experimentar el más pequeño alivio. El insomnio vino á entenebrecer cuadro ya tan triste. Sus noches eran de desasosiego, de sueño interrumpido por pesadillas, de siniestros presentimientos sobre el porvenir, viendo el amenazador espectro de su ruina; en ocasiones, el sufrimiento moral era tan agudo, que creía volverse loco. Temor muy justificado, por lo demás, porque la neurastenia es la antesala de la locura.

Lo que más le desesperaba era que cuantos le rodeaban le calificaban de *enfermo imaginario.* Esto se observa por lo común en

los neurasténicos. Conservando muchos un apetito excelente y siendo su aspecto saludable, no les creen con afección alguna, porque el vulgo juzga por las apariencias, y es dado á las soluciones sencillas. Este es un gran error: si hay enfermedades penosas en el mundo, como la neurastenia existen muy pocas. Quien haya visto á uno de estos sujetos en angustia, sentirá honda compasión por él. Hay cosas que no se pueden fingir, y da la impresión de la realidad el angustiado con tanto relieve, que es inolvidable. Precisamente H. Ll. la experimentaba con viva intensidad, y sus gritos y lamentos se oían en la calle misma. Queriendo ver si encontraría alguna mejoría, fué á los baños de Montemayor, sin que consiguiese resultado alguno á pesar de haber permanecido en ellos una larga temporada.

Aparte de estos paroxismos de angustia, la vida de H. Ll. era de quejas perpetuas por su suerte. No pensaba más que en sí, y la convivencia con él llegaba á hacerse insoportable. Luego, la hipobulia le sumergía en una indecisión constante. Pedía el consejo de todo el mundo sobre lo que debía hacer, y después no se determinaba á nada. Ya he dicho que dejó dos veces el Sanatorio, á pesar de haber mejorado mucho, y también se cansó pronto de los planes propuestos por otros compañeros que antes le visitaron. Es que su familia no se atrevía á contrariarle; y en cuanto H. Ll. fruncía el entrecejo, en aquella casa temblaban. Es preciso decirlo: en tales condiciones, el tratamiento de la neurastenia es ineficaz y supone una pérdida inútil de *tiempo, dinero y trabajo*. Si la calidad del ambiente moral es para el médico reflexivo siempre importante, lo es mucho más en las afecciones nerviosas y mentales. Vale más renunciar á la intervención terapéutica, que exponerse á ser juguete de los caprichos de un hipobúlico y de la ignorancia de sus parientes. El médico debe ante todo velar por su prestigio personal.

# SECCIÓN CIENTÍFICA ORIGINAL.

## LA RECTO-SIGMOIDOSCOPIA

POR EL DR. ROBERTO S. KOLBE

De las Facultades de París, Lausanne y Buenos Aires; excatedrático de la Facultad de Medicina de Buenos Aires; médico del balneario de Châtel-Guyon (Francia).

(CONCLUSIÓN)

*Schreiber* ha estudiado fisiológicamente la presión intrarrectal é intrasigmoídea. Para ello introduce una sonda semidura en el sitio deseado, por el interior del recto sigmoidoscopio; retira el tubo endoscópico, y pone en comunicación la sonda con un manómetro de agua.

He aquí la escala tan instructiva que ha podido establecer este clínico. La presión intrarrecto-sigmoidal es, término medio: en la posición vertical, + 20; en el decúbito abdominal, + 12; en la posición de la talla con los muslos en abducción, + 9; en el decúbito horizontal dorsal, + 9; en la posición de la talla con muslos en adducción, + 9; en la posición de la talla en general, + 6,5; en el decúbito lateral izquierdo, + 6; en el decúbito lateral derecho, + 2,5;

FIG. 5.ª—Examen sigmoidoscópico en la posición de *Sims*, con muslos elevados, sirviéndose del instrumento de *Strauss* modificado por *Glücksmann*, que permite la observación cómoda de la parte superior.

en la posición inclinada hacia adelante (á la vache), + 1, 5; en fin, en la *posición genupectoral*, hay PRESIÓN NEGATIVA de Hcm al manómetro de agua. Suelen existir oscilaciones individuales. *Schreiber* ha observado también *presiones negativas* más pronunciadas.

*Es, pues, la posición genupectoral, sin apoyo de la cabeza, condición favorable para la recto-sigmoidoscopia.*

La figura 5.ª representa un examen rectoscópico, hecho en una casa particular sin intervención de ayudantes, en la *posición* de *Sims,* modificada.

En caso de anestesia general, debe darse la preferencia á esta última posición.

Es bueno hacer apoyar las rodillas de los enfermos en la posición genupectoral contra un plano resistente; por ejemplo, una almohadilla dura de crin, para aumentar la diferencia de nivel entre pelvis y tercio anterior.

FIG. 6.ª—Examen sigmoidoscópico en la posición genupectoral. El enfermo tiene un calzón de baño abierto enfrente del orificio anal.

Los pacientes de ambos sexos pueden presentarse al examen con un calzoncillo de baño puesto, el cual se hiende en la región anal en el momento del examen.

La figura 6.ª nos presenta un enfermo, examinado con el tubo endoscópico, introducido totalmente en estas condiciones.

### TÉCNICA DE LA INTRODUCCIÓN DEL SIGMOIDOSCOPIO

El orificio anal del enfermo será cubierto de vaselina. El sigmoidoscopio, con su mandrín, será calentado por fuera con agua caliente á 38 ó 40°; esta precaución se toma para mojar lo menos posible el interior del tubo, que está barnizado de negro y sufre por las manipulaciones de desecación; después se le engrasa con vaselina. El operador coge el instrumento con plena mano, por su extremo externo; lo coloca bien en frente del orificio anal y lo empuja sin titubear, horizontalmente, hasta una profundidad de 6 centímetros próximamente. *Entonces se saca el mandrín y se inserta el mango con la lamparita eléctrica. Desde este momento hasta la introduc-*

*ción completa del endoscopio, hay que guiarse por la vista, observando atentamente al través de la ventanilla terminal ó el tubo lateral de Glücksmann, é insuflando pequeñas cantidades de aire, cuando se ve plegarse el intestino contra el orificio del tubo.* Debe recordarse en esta circunstancia la anatomía normal del recto y del S romanum. La pared posterior del recto (en la posición genupectoral esta pared es la superior) sigue la concavidad sacra, lo cual impone la dirección del instrumento conforme indica la flecha número 2 en la figura 4.ª Una vez llegado á una profundidad de unos 11 centímetros, es decir, después de haber franqueado la región perineal, también denominada región de los esfínteres (1 á 3 centímetros), y la región pelviana al través de la ampolla rectal (8 centímetros), á una distancia total, desde el ano, en dirección recta, de unos 11 centímetros, dijimos se suele presentar un repliegue mucoso, la valva recto-romana; si esto no sucede, se nota un estrechamiento del calibre del intestino; en este sitio es donde existe una acodadura entre la parte pelviana del colon recto pelviano y la rama descendente del S romanum. Se trata de la «región del constrictor recto-romanus». En este punto hay que dirigir el tubo *hacia abajo* y *hacia la izquierda ó la derecha*, como lo indica la flecha número 3 en la misma figura 4.ª

Es, en resumen, un punto delicado á franquear, por la existencia, por un lado, de la válvula recto-sigmoídea, que cubre, por su

**Fig. 7.ª — Trayecto esquemático del asa descendente del S romanum, según los datos clínicos del recto-sigmoidoscopio.**

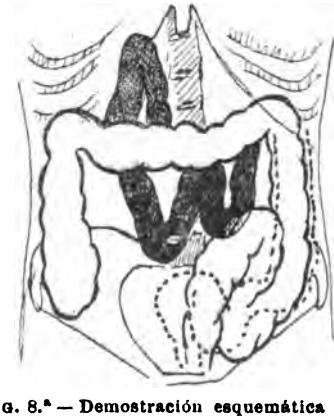


**Fig. 8.ª — Demostración esquemática de la flexura sigmoidea. Trayecto variable del colon transverso. Dibujo colectivo, inspirado por Merkel.**

situación frecuente en la pared anterior, justamente hacia aquella que se dirige el instrumento, la luz del tubo, y por otro, la prominencia sacro-vertebral. Generalmente, el paso á la rama descen-

dente del S romanum se hace á la izquierda de la cavidad pelviana, pero puede pasar también por el lado derecho y hasta directamente en la línea media. Estas circunstancias variables están indicadas por los números 1 á 7 en la figura 7.ª

La figura 8.ª representa también dos formas distintas de flexura sigmoídea y algunas anomalías en el trayecto del colon transverso.

A primera vista, parece imposible que un tubo rígido como el sigmoidoscopio pueda franquear el camino tortuoso del colon pelviano y de la flexura sigmoídea. En realidad, el mesenterio del colon sigmoídeo suele ser muy largo, y el intestino se pliega sobre el tubo rígido del endoscopio, á la manera del dedo de un guante tortuoso sobre el distensor rígido del guantero. Esta gran movilidad de la víscera y la longitud habitual del meso-sigmoídeo, unida á su circulación poco importante, son las que permiten á nuestro maestro Roux de Lausanne hacer casi sistemáticamente el *ano contra natura suprapubiano,* por cáncer del recto.

La figura esquemática 9.ª representa esta distensibilidad del meso-sigmoídeo, después del paso del aparato más allá del promontorio.

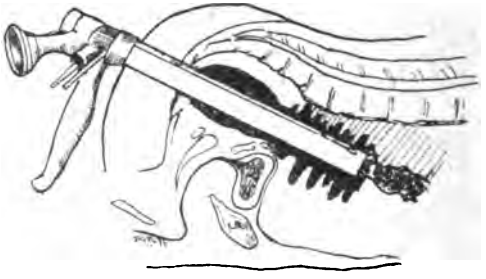


**Fig. 9.ª—Esquema de una sección media del cuerpo demostrando la distensibilidad del meso-sigmoídeo y el enroscamiento del asa sigmoídeo-motril.**

Por cierto que hay casos normales, pero principalmente patológicos, de meso corto; entonces el paso del endoscopio es doloroso y difícil. El médico debe saber apreciar prudentemente este tal estado y no insistir demasiado. En la mayoría de los sujetos el médico experto puede introducir toda la longitud del sigmoidoscopio, ó sean unos 30 centímetros.

### EXAMEN CLÍNICO DEL COLON RECTO-SIGMOÍDEO

Al paso que el endoscopio avanza en el interior del intestino, el operador puede observar atentamente el estado normal ó patológico de la mucosa, sus estenosis, sus ulceraciones, sus vegetaciones, sus

adherencias eventuales, la circulación, secreción, etc. Las adherencias pueden ser aproximadamente juzgadas por la rigidez y la amovilidad del intestino, empujado suavente por el endoscopio, y por la poca reacción á la insuflación prudente. Cada particularidad será marcada en la hoja clínica, á la distancia correspondiente de la lesión, contada en la dirección recta, partiendo el cálculo del ano. La distancia se lee fácilmente en centímetros en la cara externa del sigmoidoscopio.

Para no perder tiempo en largas descripciones clínicas, aconsejaríamos el uso de un sello de goma del tamaño del de la figura 10,

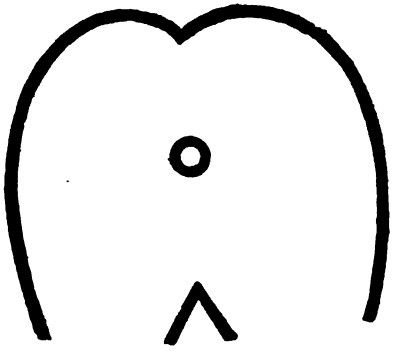


FIG. 10.—Forma y tamaño de un sello de goma que se estampa en la hoja clínica individual, donde con signos convencionales se marcan, sin pérdida de tiempo en largas explicaciones, las lesiones encontradas en el examen clínico.

que hemos visto usar diariamente en el *S.t Mark. Hospital for Fistula de Londres, en el servicio del Dr. Mummery*. Es conveniente usar abreviaturas é inscribirlas en el espacio y diámetro alrededor del ano, representado por un círculo en la misma disposición que se presentan en el paciente; al lado de la lesión se anota su distancia del ano.

Al retirar el tubo del sigmoidoscopio se hace el examen retrógrado, y durante él hacen las aplicaciones tópicas con nitrato de plata, ictiol, alumbre, etc., por medio de pinzas especiales. La región puede ser limpiada antes de la aplicación de su capa protectora (muco, muco-pus, sangre ó materia fecal), con pelotitas de algodón, llevadas al sitio de la lesión por porta-algodones especiales. Si se trata de sacar un fragmento de vegetación sospechosa, hay tijeras largas ó asas guillotinadoras como las que se usan para la nariz, la broncoscopia y la gastroscopia.

### ESTADO NORMAL DE LA MUCOSA

Importante será conocer su aspecto rigurosamente fisiológico. Se tiene tendencia á creer la mucosa congestionada, cuando en realidad no hay más que una ilusión de óptica por la intensidad de la lamparita eléctrica. Un punto de repaso importante también es la aparición de una pulsación muy clara, cuando el endoscopio ha franqueado la pelvis menor y ha entrado á través de una estenosis funcional, por inclinación anatómica á la rama descendente del S romanum. Esta pulsación es debida, por regla general, á la arteria ilíaca primitiva izquierda ó derecha, y aparece á la distancia de 9 á 11 centímetros, en línea recta, á partir del ano. Las válvulas de Houston suelen ser bastante constantes. He aquí su distribución, observados en la posición genu-pectoral: en la parte pelviana, á una distancia de 7 centímetros del ano, se ve la primera válvula rectal, que es la coccígea; su aspecto es variable, según la dirección del tubo endoscópico, en cuyo campo visual se presenta, según las circunstancias, un scotoma central ó lateral bajo forma de semiluna, variable de tamaño y forma. Un poco más lejos se percibe un pedacito de un segundo repliegue mucoso: la válvula sacra, que se denomina la inferior, en oposición á otra superior situada en la pared posterior del recto pelviano. Estas tres válvulas se presentan *muy excepcionalmente*, al mismo tiempo, al observador.

*Schreiber* insiste sobre esta rareza, mencionando que la imagen de la válvula sacra superior es de una aparición momentánea y excepcional.

Una vez que la extremidad interna ha pasado al lado de la primera válvula coxígea, que ocultaba parcialmente la segunda en la cara inferior, esta última aparece en su totalidad, y junto con ella, en un plano más avanzado, la tercera (en 20 á 25 por 100 de los casos), en la pared superior del conducto examinado.

A la distancia de unos 11 centímetros se presenta el repliegue recto-romano; en caso de ausencia de esta válvula, se nota un estrechamiento del calibre, por la transición y acodamiento en la flexura sigmoídea. Ya hemos hablado de otros detalles (pulsación, técnica especial, etc.) en esta región.

Por fin, en la rama descendente de la flexura sigmoídea suele haber uno á cinco repliegues de la mucosa muy poco elevados, presentándose en el campo visual como fajas muy estrechas. A una distancia variable, según la longitud del asa sigmoídea, hay otra válvula, la labial, en la entrada de la rama descendente á la ascendente del S romanum. Esta válvula suele estar á unos 30 á 35 centímetros de distancia recta del ano.

## RECTO-SIGMOIDOSCOPIA DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA

Este capítulo merecería un estudio muy especial para cada una de las diversas afecciones de la porción inferior del intestino.

La recto-sigmoidoscopia no está, sin embargo, muy adelantada todavía, y se siente la necesidad imperiosa de profundizar esta rama de la bioscopia intestinal. Mencionaremos aquí sólo las grandes líneas del campo terapéutico:

En la primera se nos presenta el cáncer recto-sigmoídeo, enfermedad muy frecuente y sumamente grave, cuyo diagnóstico precoz es muy difícil, pues su sintomatología se confunde con padecimientos más ó menos banales. ¿Cuántos enfermos creen tener hemorroides intensos, cuando en realidad es un cáncer que destruye su existencia? Estos errores de diagnóstico son tanto más lamentables, cuanto esta clase de cánceres tienen una evolución muy lenta, y se presta á la extirpación radical con buen pronóstico operatorio y terapéutico. Pero es indispensable que sea diagnosticado precozmente, es decir, antes que el tumor invada los órganos vecinos y obstruya el calibre del órgano. Suele ser en estas condiciones desfavorables en las que los enfermos se presentan en la mayoría de los casos al cirujano, y en las que éste se ve obligado á efectuar una operación de salvación, es decir, una colostomía, con todos sus inconvenientes, de incontinencia del ano contra natura, etc., un poco mitigados por la creación del ano suprapubiano, de nuestro maestro *Roux* de Lausanne, que no deja de tenerlos siempre considerables.

El tacto rectal simple y combinado, con ó sin anestesia general, no puede resolver la cuestión cuando no hay todavía formación de tumor notable, si éste está altamente colocado, ó si las paredes abdominales son gruesas, etc. Pero hasta pudiendo alcanzar con la yema del dedo un tumor por el tacto rectal en profunda anestesia, no estamos todavía enterados sobre sus caracteres clínicos. Se *necesita ver* y poder *extirpar* un *fragmento para un examen microscópico*. Ya hemos mencionado la posibilidad *de confusiones* con *tumores benignos* (pólipos), que son operables por la vía anal y endoscópica.

Interesante para el médico y para el enfermo será también el hecho que se puede EXCLUIR el diagnóstico de cáncer por el examen visual cuando hay síntomas sospechosos y cuando éstos atormentan el ánimo del médico, á quien no se pueden hacer mentiras convencionales. Hay también crisis rectales con expulsión de mucosidades y muco membranas, que simulan por sus fenómenos espasmódicos la existencia de tumores, cuando en realidad se trata de enfermeda-

des nerviosas. Un examen minucioso hará descubrir los fenómenos atróficos, localizados, etc., y permitirá hacer el diagnóstico diferencial.

En todas estas circunstancias la recto-sigmoidoscopia puede sernos de utilidad enorme, y sería una omisión criticable no hacerla intervenir largamente.

La figura 11 representa un cáncer de la parte superior del recto, que por el sigmoidoscopio no sólo ha sido diagnosticado, sino también precisado. Su tamaño era el de una moneda de á duro; la mucosa arriba y abajo del tumor estaba sana; la pared anterior no estaba infiltrada; el intestino, sin adherencias (insuflación, movilización lejana por el endoscopio, etc.). La operación radical confirmó la exactitud de estos datos bioscópicos.

FIG. 11.—Cáncer de la parte superior del recto. Imagen sigmoidoscópica. (Cliché del Dr. Mummery. *The Sigmoidoscope.*)

*En resumen: la recto-sigmoidoscopia permite hacer el diagnóstico precoz del cáncer del segmento recto-sigmoídeo del intestino; puede precisar su localización exacta, sus adherencias eventuales; indicar el modo de intervención quirúrgica; afirmar la ausencia de tumor y permitir el diagnóstico diferencial entre tumores benignos y enfermedades generales ó locales que se prestan á la confusión. Todo esto en circunstancias en que fallan los otros métodos de investigación clínica.*

En el balneario de Châtel-Guyon, adonde van anualmente millares de enfermos enteropáticos y constipados, hemos observado más de un caso que fué considerado, tanto por el médico habitual como por el enfermo, como hemorroidario banal, con crisis de enteritis muco-membranosa, ó de enteritis crónica con crisis diarreicas, cuando en realidad se trata de cancerosos que habían quedado ocultos á todos los otros métodos de investigación, incluso el tacto rectal bien hecho.

### AFECCIONES ULCEROSAS DEL COLON RECTO-SIGMOÍDEO

Las afecciones ulcerosas del recto y de la flexura sigmoídea son mucho más frecuentes que se cree generalmente. En muchos casos de estreñimiento, en apariencia sencillos, con fenómenos espasmódicos, hay ulceraciones de la mucosa, á veces muy localizadas y muy al alcance del tratamiento tópico. Estas pérdidas de sustancia se encuentran de preferencia sobre las válvulas de *Houston*, lo que hablaría en favor del traumatismo por las masas endurecidas del contenido intestinal. La úlcera, que provoca el espasmo reflejo, aumenta las malas condiciones de nutrición de la parte ulcerada, y así se crea un círculo vicioso interminable. Un *tratamiento dietético* y LOCAL con *grandes lavativas de aceite*, hoy muy simplificadas por la técnica sencilla de nuestro *oléoclyseur du Docteur Kolbé, de Châtel-Guyon*, ponen término á una afección de duración larga, y que deja, después de cierto tiempo, retracciones cicatriciales y estenosis inflamatorias crónicas.

La figura 12 representa un caso de constipación crónica con ulceraciones toxi-traumáticas.

FIG. 12.—Constipación crónica. Ulceraciones toxitraumáticas de la flexura sigmoídea.

FIG. 13.—Colitis ulcerosa.

(Clichés del Dr. Mummery. *The Sigmoidoscope.*)

Mencionaremos tan sólo las ulceraciones típicas de los procesos específicos, como la disentería, la tuberculosis y la sífilis.

Hay todavía una forma de *colitis ulcerosa*, cuyo aspecto es bastante característico.

La figura 13 representa esta afección.

El examen sigmoidoscópico suele ser bastante delicado en estos casos. La anestesia general, como ya dijimos, se impone á veces, tanto para el diagnóstico preciso de la extensión, frecuentemente muy localizada, como para el tratamiento tópico.

AFECCIONES INFLAMATORIAS É INFECCIOSAS DEL RECTO Y DE LA FLEXURA SIGMOÍDEA

Dos palabras sobre estas afecciones, que suelen ser bastante localizadas, y para combatir las cuales son empleados grandes lavados intestinales, que llevan los gérmenes de infección específica, como el gonococo, por ejemplo, más allá de su invasión primitiva.

Muchas estenosis rectales no son más que la consecuencia de procesos inflamatorios de larga duración, que hubieran curado con un tratamiento local oportuno efectuado antes que infiltraran y atrofiaran la pared intestinal.

Los lavados á través del tubo endoscópico, la medicación tópica conveniente, ponen término á gran número de afecciones que durarían toda la vida. Es lógico de aplicar á estas afecciones locales las mismas reglas de conducta que están sancionadas para todos los procesos de patología general. Con el recto-sigmoidoscopio, los *lavados intestinales de doble corriente topográfica* son realizables en condiciones casi matemáticas.

Los procesos agudos pueden fácilmente ser despistados por el examen rectoscópico. Hay aspectos característicos para las formas atróficas é hipertróficas, etc.; pero el espacio nos falta para desarrollar esta cuestión.

Esperamos que la exposición que antecede, muy sucinta por necesidades de tiempo y espacio, despierte interés suficiente para la colaboración de muchos compañeros en terreno de la medicina, tan poco explorado, y sin embargo, de tantas promesas terapéuticas y científicas para la humanidad y para la medicina.

---

## LOS ESCOLARES ATRASADOS

Por el Dr. A. Mut
Del Instituto Rubio.

El estudio de las anomalías mentales en los escolares continúa preocupando, cada vez más, á los médicos, educadores y criminalistas.

Constantemente están viendo la luz trabajos de gran mérito, encaminados á mejorar la situación, ó curarlos, si se puede, de esa categoría de niños desgraciados, atrasados en su evolución mental, que se convierten, si una amorosa protección social no asegura su educación conveniente, en una carga para los demás, cuando no en un formidable peligro para la tranquilidad y el sosiego públicos. Nunca está de más repetir estas notables palabras del Dr. Kerlin:

«No hay campo de la economía política que pueda ser cultivado más ventajosamente para la disminución del crimen, del pauperismo y de la locura que el de los niños idiotas, retrasados ó atacados de imbecilidad moral.» La verdad es que la criminalidad infantil, que aumenta de día en día, pone ya en grave aprieto al magistrado moderno, el cual, Código en mano, se resiste á castigar á esos pequeños delincuentes, antes de saber si son viciosos ó simplemente enfermos.

Entre toda la familia de los anormales psíquicos de las escuelas, se destaca preferentemente, por su carácter educable y francamente determinado, el que los franceses llaman *arriéré scolaire,* los ingleses *feeble-minded,* los alemanes *Zurückgeblieben,* los holandeses *achteulijke,* los italianos *tardivo,* y los españoles debemos designar con el nombre de *atrasados.*

Ante todo, ¿qué se entiende por atrasado escolar? Pues se puede definir diciendo que es todo niño cuyas facultades intelectuales no se hallan á la altura de otros niños de su misma edad, sino que se encuentran retrasados de dos á cuatro años con relación á éstos; es decir, que si normalmente un niño de seis á siete años sabe leer letra impresa y manuscrita, escribir al dictado y hacer algunas operaciones mentales sobre adición y sustracción, el atrasado no podrá obtener estos beneficios de la enseñanza ordinaria hasta la edad de nueve, diez ú once años, cuando menos.

Cruchet, en un trabajo que acaba de publicar sobre este mismo tema, divide clínicamente los escolares atrasados en dos grandes grupos: escolares atrasados *falsos* y *verdaderos.* Esta *falsedad* no tiene razón ninguna de ser, porque no hay tales falsos estudiantes, sino lo que Demoor llamó *atrasados pedagógicos.* El atrasado pedagógico no es un niño anormal. (Philippe et Boncour.) Su atraso es escolar y no intelectual. Se puede encontrar niños qae no sepan leer, escribir ni calcular, sin la más insignificante anormalidad física ó psíquica, sencillamente porque no han frecuentado el colegio con regularidad, ya por enfermedades largas, ya porque los padres los han empleado en faenas domésticas ó del campo, ya porque ellos han encontrado más divertido el *hacer novillos* que no el duro banco de la escuela, ó por cualquiera otra razón. Lo que caracteriza á estos niños es su ignorancia, pero no porque no puedan aprender, sino porque no han tenido ocasión de hacerlo. Sigue Cruchet con sus falsos escolares, y estudia, al lado del retardado escolástico, los sordos, los que sufren anomalías de la vista, del gusto, del tacto, los alimentados deficientemente y los que padecen enfermedades del crecimiento... ¡Qué confusión!

Por este camino, el distinguido profesor de la facultad de Medicina de Bourdeaux, á que me estoy refiriendo, debiera (no hay razón en

contrario) incluir en esta división de los falsos estudiantes los ciegos, mancos, cojos, los enfermos del corazón, pulmón, los mixedematosos, escrofulosos, heredo-sifilíticos, raquíticos, etc., etc. No; yo creo que debe hacerse una total separación entre el atrasado pedagógico y el atrasado intelectual. El primero es un sujeto sin desórdenes psíquicos evidentes, con buena inteligencia quizá, capaz de ser puesto en actividad en cuanto se le obliga á una labor regular y diaria. Ahora bien; las causas del atraso pedagógico pueden ser todas las que señala Cruchet, y aun muchas más; todo, absolutamente todo, sea del orden que fuera, que impida á un niño asistir regularmente á la escuela, constituirá un capítulo, muy interesante sin duda, de la etiología del ignorante simple; pero en manera alguna pueden aquellos hechos dar lugar á confundirlo con el atrasado intelectual propiamente dicho. Este acude á la escuela como cualquier otro niño, pero no adelanta como los demás. Entró ignorante en clase, y sale ignorante; su inercia mental es evidente, y constituye la desesperación de los maestros.

El atrasado pedagógico es el hijo del pastor—valga el ejemplo,—que llega á los once años, ó más, sin haber visto otra cosa que el rebaño, el cielo, el campo. El atrasado mental es el hijo del acaudalado banquero, que, habiendo asistido á los mejores colegios, bajo la dirección de sabios instructores, llega á la mismaedad del anterior, y para el caso es igual que si se hubiera encontrado en iguales condiciones que el hijo del pastor. Los dos son ignorantes, los dos atrasados.

¡Pero qué diferencia! El primero es susceptible de aprovechar una instrucción metódica, reglada, y llegar á ser un hombre que no necesite de los demás para atender á las necesidades de su existencia. El segundo, es lo probable que, si no es bien comprendido y tratado, médico-pedagógicamente—no haga en su vida otra cosa que comerse la herencia del padre,—y viva y muera tan inútil como nació. Y el ejemplito que acabo de poner no está del todo mal traído, porque, ¿no han reparado ustedes que, efectivamente, si hay muchos ignorantes entre la gente pobre del campo, hay más imbéciles entre la gente rica de las ciudades? ¿Qué será?

El atrasado pedagógico no es, pues, tal atrasado, en el sentido psicofísico de la palabra, ni falso ni verdad. Yo he visto llegar á un colegio de esta corte un paletito de once años de edad, con muy deficientes nociones de lectura y escritura. Pues este *atrasado* se preparó en un curso para el ingreso en segunda enseñanza, y en tres años terminó los seis grupos del bachillerato, con «sobresalientes» y «matrículas de honor».

La verdadera división que, en mi humilde concepto, debe esta-

blecerse en los atrasados, porque la impone la práctica, es aquella que establece una distinción entre los que requieren cuidados exclusivamente médicos y los que necesitan atenciones médico-pedagógicas al mismo tiempo: son los *arriérés médicales* y los *arriérés medico-pedagogiques*, de los franceses. Aquí, en los atrasados del primer grupo, es donde deben colocarse todos los que Cruchet incluye entre los *arriérés pedagogiques*.

En efecto; muchos autores confirman el hecho de que un considerable número de niños, retrasados en sus estudios por padecer una visión defectuosa, una audición imperfecta, un proceso toxi-infeccioso crónico, mixedematosos, etc., ha sido suficiente corregir, por medio de lentes apropiadas, la miopía, hipermetropía, etc.; extirpar las vegetaciones adenoides ó curar una otitis supurada; tratar convenientemente su enfermedad general; someterle á las preparaciones tiroidianas, para que esos mismos niños se transformen en excelentes escolares. ¿Quién duda de que un régimen tónico en un debilitado; el aceite de hígado de bacalao, el iodo y el fósforo en un raquítico ó escrofuloso; una buena gimnasia, sobre todo respiratoria, una alimentación sana y reparadora y unas horas de recreo al aire libre en todos, opera verdaderas resurrecciones intelectuales?

Estos atrasados, realmente merecen tal nombre, porque á pesar de acudir puntualmente á sus clases, no sacan el provecho que otros más favorecidos por la Naturaleza, y su retraso es exclusivamente tributario del tratamiento médico, por cuanto haciendo desaparecer la causa física que detiene su evolución mental, ésta se desarrolla normalmente. Los atrasados médico-pedagógicos necesitan, como indica su nombre, de las atenciones del médico y del maestro juntamente. En este punto, todos los que se ocupan de estos asuntos están completamente conformes en recomendar la íntima colaboración que debe existir, á este propósito, entre el educador y el médico. El maestro, estudiando lo que hace referencia á la atención del alumno: su memoria, actividad voluntaria é intelectual, emotividad, vida afectiva, su apatía ó carácter irritable, sus juegos, perversidad ó bondad de alma, etc.; es decir, hará su diagnóstico moral. El médico, examinará los antecedentes familiares, morales y del medio; reconocerá el sistema óseo y muscular, vísceras, órganos de los sentidos, sensibilidad y motilidad, glándulas de secreción interna; esto es, procurará llegar al más exacto diagnóstico físico-psíquico, para que, ayudado por las informaciones del instructor, se pueda establecer el tratamiento más convenientemente á cada caso en particular.

Estamos regularmente enterados de la etiología de las anomalías de orden físico, y podemos, en algunos casos, hacer mucho para

corregir los retrasos mentales debidos á este orden de causas; pero debo hacer constar á este propósito que mi experiencia personal no está de completo acuerdo con la mayoría, por no decir todos, los médico-pedagogos que afirman. Ley entre ellos, el hecho de que en todos los atrasados existe una inferioridad física más ó menos pronunciada. Muchas veces, sí, puede observarse esta relación entre el escaso desarrollo intelectual y orgánico; pero son tan numerosas las excepciones, que no vale la pena de tener en cuenta aquella proporción. Los trabajos de Mac-Donald, Simon, Ley, Allen-Gilbert, Apert y otros acerca de la medida de la talla, perímetro torácico, cefalometría (dolicocefalia, braquicefalia, mongolismo), no llevan al ánimo convicción de ninguna especie. Por el contrario, es diaria la observación de sujetos de una insuficiencia psíquica de las más evidentes, coexistiendo con un desarrollo físico perfectamente normal y viceversa. Cualquiera que haya tenido ocasión de observar muchos niños, habrá podido ver algunos tipos de deficientísima constitución, enclenques, faltos de desarrollo, poseedores de una clara inteligencia, hasta hiperinteligentes. Sin duda, el organismo es una sociedad compuesta de obreros, burgueses y clases directoras, formando una jerarquía de las más estrechas; y es posible una riqueza extraordinaria en los centros más nobles del pensar y del juicio, una actividad cerebral fuerte é intensa al lado de una debilidad manifiesta de otros centros más groseros, menos elevados en la escala de la dignidad orgánico-fisiológica. Más claro: los niños, como los hombres de talento, no son siempre sujetos de poderosa constitución física.

Las funciones de lujo, memoria, imaginación y juicio, hay que buscarlas exclusivamente en las células de la corteza cerebral, con independencia de las otras células, que no tienen, en el total organismo, función peculiar en la actividad del «yo» pensante. Aquí se me podría argüir que esos niños «talentosos» son desequilibrados desde el primer momento, supernormales, que están más cerca de la locura ó de la neurosis que del equilibrio que impone el célebre aforismo del *mens sana in córpore sano*. ¡Siempre se ha de respetar el derecho de crítica á las pobres *mediantas!* Si por talento ó genio (confundo para el caso los dos vocablos) se entiende algún neurasténico que deslumbra por sus absurdas extravagancias, pseudo-genios artísticos, *snobs* que blasonan de raros conocimientos, bien está la crítica dura é implacable. Pero cuando el genio ó el talento son realmente tales, nada más justo que el culto, el homenaje y la admiración, el aplauso y el laurel. Tanto más merecedores son estos grandes hombres de nuestro respeto y cariño, cuanto que su vida ha tenido que ser una lucha dolorosa, de las más penosas,

por inadecuación al estado mental de los demás *filisteos* (1). Y cuando se conoce esa vida íntima de luchas y melancolías, de arrestos y debilidades alternados, dan ganas de repetir, para nuestra tranquilidad burguesa, lo que escribió Bunge: «Es una felicidad muy grande el haber nacido mediocre.» Naturalmente que esos niños precoces de inteligencia, como los superhombres, son casos excepcionalísimos, tan necesitados ó más de los cuidados médicos que la mayoría de los mortales; para el médico, lo mismo son, bajo este punto de vista, los escogidos que los *filisteos*, los genios que la gran masa inerte del vulgo.

He dicho hace un momento que cuando la causa del retraso mental del escolar es de orden puramente físico, en muchos casos podemos aliviar, y aun curar en algunos, la deficiencia intelectual, que es su consecuencia; pero cuando el origen del atraso es exclusivamente ó predominantemente psíquico, nuestro desconocimiento en esta parte es mayor, y por ende menos seguro y eficaz el tratamiento. Se sabe, después de los trabajos de Hammarberg, que existe una disminución considerable en el número de células de la corteza gris cerebral de los atrasados mentales, en comparación de los cerebros de niños normales. Anglade y Cruchet entienden que existe en los niños débiles de mente una proliferación neuróglica extremadamente intensa y exagerada. Pero la localización precisa de los trastornos cerebrales, el valor positivo de los centros sensitivo-motores y de asociación sobre el desarrollo de la inteligencia, no se sabe de una manera exacta. Únicamente se supone que el centro de la ideación visual se encuentra en la convexidad lateral del lóbulo occipital, que el centro de la ideación auditiva está situado en el lóbulo temporal y algún otro todavía menos conocido.

En cuanto á los sistemas de fibras de asociación, se conocen: el sistema de fibras interideativas, que une unas con otras las zonas de recuerdo; las fibras intermotrices, que comunican entre sí los centros motores; las fibras anagnósticas, que unen las zonas de recuerdo con las respectivas de sensibilidad; las sensomotrices é ideomotrices, que ponen en comunicación cada una de las zonas de sensibilidad con las correspondientes regiones motrices; la normalidad, pues, de la inteligencia consistiría en la integridad de los centros de ideación y de las vías de asociación, que establecen relaciones entre ellos, y el atraso mental no sería más que un defecto de desarrollo orgánico-funcional de esos mismos centros de representación y vías de comunicación. Pero en tanto la localización existe realmente, parece no aplicarse sino á los procesos más elementales del pensa-

(1) Hombre del vulgo.—*Max Nordau.*

miento, aunque de suma importancia para preparar otros más complicados.

Herman Munk ha dicho: «La inteligencia, en su grado más elevado, tiene su asiento en todas las partes de la corteza cerebral, porque es el resumen y el resultado de todas las representaciones que provienen de las percepciones sensibles.»

Y la verdad es que las investigaciones más modernas acerca de las *neuronas,* según las que la célula ganglionar, junto con la fibra nerviosa que sale de su prolongación (Axon), constituye una unidad anatómica y funcional independiente, transportándose las excitaciones de unas á otras por las arborizaciones de las fibras nerviosas correspondientes, no se oponen á la manera de ver de Munk; antes bien, dan una idea más exacta de la complicación de las acciones recíprocas transitivas que tienen lugar en el cerebro.

Los escolares atrasados médico-pedagógicos no deben educarse entre los normales, porque necesitan una educación especial, pues no pueden aprovechar la instrucción común, y son siempre un elemento de indisciplina y malos ejemplos. Esta enseñanza está organizada ya en diferentes países, especialmente en Bruselas, cuya escuela anormal de atrasados es, en su género, un modelo. En España, que yo sepa, y me alegraría mucho tener que rectificar en seguida, no existe ningún establecimiento serio y bien organizado para atrasados. Sólo hay una institución para anormales, denominada «Correccional de Santa Rita», cuyo funcionalismo no conozco personalmente, pero á juzgar por las noticias que me han proporcionado algunos padres de niños allí clausurados, los religiosos que dirigen aquello distan mucho de estar al tanto de la moderna psico-fisiología de los anormales, ó por lo menos no ponen en práctica aquellos procedimientos más conformes con los adelantos de la ciencia.

Las escuelas para atrasados deben estar situadas en lugares largamente aireados, de preferencia en el campo, y la base de la instrucción debe dirigirse especialmente á los sentidos: ver, sentir, tocar los objetos. La educación de la mano, por medio de muchos y variados ejercicios, es de lo más importante.

En Bruselas y en Amberes se dan lecciones de gimnasia con acompañamiento de música para educar el ritmo, que frecuentemente falta en los atrasados. Enseñar cosas sencillas de lectura, escritura, cuentas. Variar con gran frecuencia los ejercicios intelectuales, que deben ser extremadamente cortos, y alternarlos con períodos de reposo ó juegos. El maestro de atrasados debe estar provisto de una paciencia á toda prueba. Como quiera que los atrasados revelan siempre gran desatención, fatiga intelectual rápida y comprensión lenta, se comprende la necesidad de que el educador

posea aquella indispensable condición en grado máximo, junto con una gran dulzura de carácter. Por esto, algunos autores, especialmente Regis, proclaman el empleo de la mujer para esta clase de instrucción, como más apropiada. En todo caso, podría aceptarse la idea de Regis para niños hasta la edad de ocho ó nueve años. Para mocitos de más edad, me parece que hace falta un hombre de gran energía, al frente de una clase de indisciplinados, por ejemplo.

Respecto á si la enseñanza debe ser mixta, tal como se practica en Madrid por la Institución libre de Enseñanza, dirigida por eminentes hombres de ciencia, ó de sexo separado, aun cuando tengo alguna experiencia de este asunto, no me atrevo á inclinarme resueltamente en un sentido ó en otro: mejor dicho, mis dudas existen, á este respecto, cuando se trata de niños normales; mas cuando se relaciona con desequilibrados psicopáticos, lo creo contraproducente en una gran mayoría de casos.

Aun dentro de la más estricta normalidad, la enseñanza mixta debe resultar muy bien en los países del Norte: aquí, para obtener sus incuestionables ventajas, se necesita por parte del educador un gran discernimiento, una vigilancia y un amor al niño realmente extraordinarios. De cierto que esta instrucción común sólo puede sostenerse un número determinado de años, hasta que la niña se convierte en mujer, pues además de otras consideraciones fisiológicas, es innegable que se llega á un punto en que la mujer, sujeta á la ley de la herencia, es incapaz de elevarse de un modo original, como el hombre, ni de pensar otra cosa que trivialidades.

La mujer está ligada al pasado, á la tradición; reproduce lo que ha visto, sin más razonamiento: su instinto la inclina hacia todo lo que es ordinario; convierte la religión en superstición; las relaciones sociales en estúpida etiqueta, y no admite de buen grado nada nuevo, más que la moda. De vez en cuando, *rara avis,* se encuentra una mujer verdaderamente original (claro es que se exceptúan todas esas marisabidillas, pitonisas de salón, novelistas del amor con ansias de deslumbrar, tremendas histericonas); pero ¿queréis que os dé mi consejo? (Habla Max Nordeau.) «Guardaos de las mujeres originales; la desviación del tipo en la mujer, de cien veces ochenta es morbosa, y los otros veinte casos, la originalidad es una inversión intelectual del sexo.»

En ambos casos, mórbidas ó marimachos, sólo causan impresión en los hombres de consistencia floja y vulgar. Los hombres de personalidad vigorosa, dotados de poderosa fuerza vital, se bastan á sí mismos y se prendan de mujeres que conservan los atributos psicológicos propios de su sexo. Ejemplos: Goethe, Byron, Víctor Hugo, Tolstoi, Zola, Heine, Juan Jacobo Rousseau, etc.

Y ya que me encuentro, sin saber cómo, en estas alturas del feminismo, no puedo por menos de transcribir las siguientes palabras de D. Miguel de Unamuno, copiadas del prólogo á la segunda edición de la obra *Educación de los degenerados*, por Carlos Octavio Bunge. Dice así: « Podrá parecer ello muy superficial y grosero, pero para mí todo el feminismo tiene que arrancar del principio de que la mujer gesta, pare y lacta, y está organizada para gestar, parir y lactar, y el hombre no.» Ni más ni menos.

Concluiré expresando mi convicción de que la piedra angular que sostiene todo el edificio de la educación de los débiles mentales consiste en no violentar, sino coadyuvar, á la naturaleza del alumno, basándose en un examen biológico y mental todo lo más preciso posible. De los niños perfectamente sanos puede hacerse lo que se quiera; están en condiciones de aprenderlo todo, en mayor ó menor grado según su vocación ó capricho. Los niños psicológicamente anormales, ya es otra cosa.

El problema que se plantea el maestro, y algunas veces los mismos padres, es el siguiente: ¿Para qué sirve este muchacho? Porque el objetivo final de la educación es hacer esos hombres útiles á sí mismos y á la sociedad en que viven. Pues ese problema, aquella incógnita, sólo lo puede resolver el médico y el educador juntamente haciendo un diagnóstico físico-moral detenido, estudiando las aptitudes del alumno en todos los órdenes de la vida y desarrollando y cultivando la instrucción profesional que más convenga á su especial idiosincrasia, á su naturaleza psíco-fisiológica.

---

## CONCEPTO GENERAL DE LA LOCURA

Por el Dr. Abdón Sánchez-Herrero

**Director del Sanatorio del Pilar; de la Beneficencia municipal, por oposición.**

Un maestro de la Psiquiatría moderna, Von Krafft-Ebing, dice que la locura es una percepción falsa del mundo exterior. ¿Cómo puede verificarse este fenómeno? He aquí lo que me propongo averiguar. Para proceder con método, es necesario fijar previamente dos conceptos antagónicos: el de mundo exterior y el de mundo interior. Mundo exterior es el conjunto de cosas susceptibles de impresionar nuestros sentidos. En este concepto nuestro propio organismo pertenece al mundo exterior, que es el cosmos. Por mundo interior entiendo yo el conjunto de imágenes virtuales, fiel reflejo de la realidad externa, cuya verdadera habitación se encuentra en el endo-

cosmos. Compréndase bien que el mundo interior es *la representación del cosmos*, de la misma manera que la imagen reflejada en un espejo que reproduce un rostro, nada quita ni pone al rostro de que es copia. Parece imposible que una cosa tan sencilla como esta no se le ocurriera á Alejandro Bain en su libro *Los sentidos y la inteligencia,* de cuya lectura atenta (á la que he consagrado bastante tiempo con motivo de una Memoria que ahora escribo), se saca la impresión de que este psicólogo confundía el espíritu con el mundo interior.

No; el espíritu actúa sobre el mundo interior *sin confundirse con él.* El espíritu tiene en sí un atributo, que es la idea, llamada á operar sobre las imágenes virtuales; pero es menester guardarse de confundir al pensamiento con las imágenes, á las que mueve, pues éstas nada son sin aquél. ¿De qué sirve que los aparatos telegráficos funcionen bien, si no hay en la estación receptora quien reciba é interprete el despacho? De nada sirve la perfecta formación de la imagen, sin el sér que la comprenda y la valore. Las imágenes virtuales son la sumidad florida de la sustancia; pero esta imagen resultaría indescifrable si el alma no justipreciase su significado. Ahora bien: la idea, obra exclusiva del sér, necesita de este *reflejo del mundo* para su desarrollo y su progreso. Y voy á demostrarlo: nadie ignora cuán imperfecta es la idea que se forman del mundo los ciegos de nacimiento, y como hay muchas cosas que á nosotros nos parecen sencillas, que á ellos les parecen ininteligibles, y no es que su alma sea inferior á la nuestra; es que no puede disponer de las imágenes virtuales que al endocosmos suministra el sentido que les falta; mas supongamos que recobra la vista. Entonces en muy breve tiempo hacen progresos admirables en inteligencia, que no hubieran sido posibles de continuar en la lamentable situación en que les sumergió la eterna noche. Son estas verdades de experiencia que no necesitan más que explicación.

Voy ahora á examinar dos ideas: una concreta y otra abstracta, y espero que de este análisis resulte evidente la necesidad de la imagen virtual, como intermediaria entre el espíritu y el cosmos. Tomo en una mano una naranja. La toco, y paso mis dedos por las rugosidades de su cáscara. Se forma en el acto en mi endocosmos una imagen *táctil.* La miro, y me apercibo de su color: formación consecutiva de una imagen virtual *visual.* Abro la naranja, y cómo uno de sus gajos; los nervios gustativos escriben en el endocosmos una imagen *del sabor* de este alimento. Tengo ya tres imágenes virtuales *parciales* que no permanecen aisladas, no; sino que como se refieren á un mismo objeto, se funden, y ofrecen al espíritu *una sola imagen completa* de lo que es una naranja. Y sobre esta firmísima base de los caracteres sensibles de este objeto (hasta aquí todo es

sustancial), formo después *yo* el conjunto de conceptos, juicios y raciocinios que constituyen su conocimiento reflexivo (labor de mi espíritu). Supongamos ahora una idea abstracta, y sea la idea *virtud*. Esta no es una cosa que se toque ni se mida: se trata de una idea pura, de una abstracción. Tenemos, en primer termino, que puedo elevarme á este concepto abstracto, que no es más que una generalización de cosas vistas, porque he visto en el mundo actos que me han causado una impresión (imagen virtual) mala, y otros, en cambio, buena; porque he oído palabras malas, y otras buenas; porque en ciertos casos he experimentado bienestar, y en otros malestar y dolor, y de este conjunto de impresiones ha resultado que las eufóricas, tranquilizadoras y agradables, han sido la raíz del concepto *virtud*, y las otras del concepto *vicio*.

Se interpretaría mal mi pensamiento, y de veras lo lamentaría, si se creyera que yo sostengo el origen *exterior* de nuestras ideas, y que *todas* han de tener como precedente una imagen virtual. Este es el error de los aristotélicos, que dijeron: «Nada hay en la inteligencia que no haya estado antes en los sentidos»; con lo cual negaban en absoluto la existencia de las que—en lenguaje filosófico—se llaman *ideas innatas*. No; hay dos ideas que no son de origen externo, no vienen del cosmos; vienen de lo más hondo y misterioso de nuestro espíritu; son de origen interno; la idea de un Sér anterior y superior á la conciencia, causa de la conciencia misma, que es la idea de Dios, y la idea que tiene *ab initio* esta conciencia de que no existe causa segunda que sea capaz de destruirla, consecuencia lógica de la anterior, que es la idea de *la perpetuidad del sér* (inmortalidad del alma). Estas dos ideas, presentes en todo tiempo y lugar en la conciencia, son las únicas ideas innatas; pero tienen tal vida, que constituyen la base inmutable de la religión y de la filosofía. Y pensándolo despacio, también lo son de la ciencia. Son estos conceptos de tal vigor, que parecen cobrar fuerza con la misma negación, hasta que los contradictores se convenzan de que es inútil combatir contra la evidencia, y dediquen sus esfuerzos á otro objeto.

De lo dicho en anteriores líneas resulta que en el sujeto normal existe una armonía patente entre el mundo interior y el mundo representativo; que toda deformación en la imagen virtual ó toda ausencia momentanea de ésta, es con prontitud rectificada ó suplida; y así como el que está acostumbrado á leer mucho, aunque un trozo de impreso esté mal estampado y borroso, por algunas letras deduce el sentido de la línea y aun del párrafo á que ésta pertenece, en estado normal leemos sin dificultad en un instante dado el *cuadro exacto de nuestras representaciones en aquel acto*. ¿Pero ocurre siempre así? No, por desgracia. Y aquí entra la importancia

del estado del organismo. Si lo que he dicho en anteriores escritos y en este mismo se ha comprendido bien, se vendrá en conocimiento de que para mí el endocosmos no es otra cosa que el *éter inscrito* en el organismo (Letamendi), mantenedor de la forma orgánica y verdadero agente de este gran hecho, propio de los seres vivos; la conservación de la forma á favor y á pesar del cambio de materia (característica de las *biomerias* de mi respetado maestro). Por ser esto, actúa sobre la nutrición, y todas las alteraciones nutritivas desnaturalizan sus funciones, que si en la vida vegetativa se reducen á conservar la forma, en la intelectual provocan la formación de las imágenes virtuales.

Pongamos un ejemplo, que éstos aclaran las ideas. Sea un sujeto en el período de la desmorfinización, y por consiguiente, sometido á la privación completa de su excitante habitual, la morfina. Se halla en un momento de ansiedad morfínica. Cuantos médicos prácticos me honren con su atención saben que este período es doloroso, no sólo para el enfermo, sino para el médico encargado de él, y aun para los asistentes. Aquel desgraciado se retuerce, como un reptil, en su lecho, y sus gritos y lamentos son desgarradores. Las funciones orgánicas se mantienen bien, pero su dolor moral es espantoso. Porque todo su endocosmos vibra, á consecuencia de que aún persiste en él la imagen virtual de la euforia que en otras ocasiones le procuró la morfina; y contemplando la diferencia de aquellas imágenes plácidas con las turbulentas de su situación presente, gime víctima del mayor desconsuelo. Pero aquí vemos que esta oposición de imágenes ante el sér le hacen desear precisamente su mal, que es la continuación de la intoxicación morfínica, en lugar de su bien, que consistiría en aceptar estos pasajeros dolores en vista del fin que se persigue: su curación.

En no ver una cosa tan clara consiste su delirio. La causa de éste es la impregnación del organismo por el agente tóxico, que altera la nutrición; nutrición alterada quiere decir endocosmos perturbado; éste significa imágenes deformadas, hasta el punto de hacer apetecible el mal y odioso el bien; y como última consecuencia se nos ofrece la perversión del juicio y la impulsión. Lo que fué primero un envenenamiento de la sangre, acaba en una locura tóxica; y que el mecanismo es éste, lo demuestra la eficacia de la medicación anticausal (supresión del veneno). El razonamiento es el mismo aplicado al alcoholismo y á las demás locuras tóxicas. No hay que olvidar que el espíritu está temporalmente unido al organismo, y que ambos elementos reaccionan el uno sobre el otro sin cesar. Sólo la doctrina que acabo de exponer, basada sobre hechos de experiencia, puede resistir á la crítica, porque siempre permanecerán

aquellos inconmovibles. Así, y sólo así, se comprenden multitud de fenómenos, que diariamente observadores competentes han comprobado. Así, el recuerdo de un manjar suculento, que en una ocasión ya remota gustamos, es causa suficiente para aumentar la secreción salivar que inunda nuestra boca. Es la imagen virtual revivida por la sensualidad de nuestro espíritu.

De modo que si yo tuviera autoridad, que no la tengo, para modificar la definición de Kraft-Ebing, diría: la locura es *la percepción falsa del mundo representativo, por anomalía nutritiva congénita ó adquirida*. Porque en la definición del maestro resulta una asociación de dos ideas antagónicas: percepción falsa (hecho espiritual) y mundo exterior, sin que se vea la relación lógica entre estos dos términos, ni tampoco la explicación científica de su mutua influencia mediante el organismo. Es decir, que en una obra que representa el esfuerzo de toda una vida, consagrada á la práctica psiquiátrica, se fracása precisamente en el primer paso, cuando se trata de definir la locura, cuyo estudio constituye el objeto del libro. Las aplicaciones que tiene esta definición mía á la teoría de la ilusión y de la alucinación, son numerosas. Una ilusión no es más, según esta manera de ver, que una imagen virtual falseada; una alucinación es la creación de una imagen virtual por el espíritu, signos ambos hechos de una profunda debilidad del cerebro, imagen proyectada al mundo exterior y tomada como perteneciente á la realidad corpórea. Huyamos, sin embargo, del escollo de tomar por alucinados á personas cuerdas, porque refieran cosas inexplicables, en atención á que la ciencia psicológica está aún en la infancia de su progreso.

El mecanismo de la curación en la locura es prueba plena de que á todos estos hechos les rige una misma ley. Así como al empezar, el sentido crítico fué desapareciendo, ante la invasión de la conciencia por el creciente tropel de imágenes virtuales falseadas ó falsas, hasta hallarse imposibilitado el sujeto de distinguir lo verdadero de lo falso, así la progresiva rectificación de las imágenes y su análisis más completo, anuncian que el sentido crítico vuelve; ya éste se encargará de ir desescombrando el endocosmos de cuanto no sea rigurosamente cierto. Luego la duda que en otros órdenes de la vida es funesta, es aquí salvadora; ella plantea el asunto en su terreno propio, que es la conciencia que comienza á esclarecerse; hace desconfiar, no de la realidad exterior, sino de la *exactitud de las percepciones pasadas y presentes;* no del mundo, sino de uno mismo, y esta duda es el comienzo de la curación. Cuando el enfermo dice: mi cabeza no está bien; cuando indaga lo que ocurrió en los primeros días; cómo fué conducido al hospital; lo que pasó durante

su estancia en los días siguientes, es porque aquel sér, aquella conciencia, sale de las tinieblas y busca la luz; quiere encontrar *los eslabones que faltan en la cadena de las apercepciones,* para orientarse en el espacio y en el tiempo, y poder reanudar así, encontrando de nuevo el dominio de su razón, la sacrosanta labor de su progreso. También la profesión de alienista tiene sus bellezas; cierto que luchamos muchas veces contra las rutinas y las preocupaciones; cierto que otras no se saben apreciar nuestros esfuerzos, ni se hace justicia á nuestras intenciones; verdad es también que el mal entendido cariño de ciertas familias les hace acudir demasiado tarde á solicitar nuestros consejos; pero también es exacto que cuando curamos á un enajenado, y más tarde llega á nuestros oídos el relato de sus éxitos en el mundo, sentimos una emoción inefable, en la cual no hay asomo de bajo interés, sino que todo es puro, elevado y noble, porque es la satisfacción que produce en la conciencia justa la obediencia al sentimiento que á todos nos enlaza: la fraternidad universal.

21 Septiembre 1907.

# REVISTA DE ESPECIALIDADES

POR EL PROFESORADO DEL INSTITUTO RUBIO

## Anestesia.

**Mezcla anestésica.** (Dorvault.—Vigésimooctavo suplemento.)

El Dr. Santowari inyecta esta mezcla como anestésica local en la operación de la hernia, que resulta de una acción muy poderosa.

| | |
|---|---|
| Clorhidrato de cocaína. . . . . | 5 centigramos. |
| Dionina . . . . . | 2 » |
| Cloruro de sodio. . . . . | 20 » |
| Agua destilada. . . . . | 50 gramos. |

M.e

Se hierve primero la solución de cloruro de sodio, y cuando su temperatura desciende á los 60°, se mezclan los alcaloides, pasteurizando en seguida.

---

**La raquianestesia total.** (Congreso de la Sociedad Alemana de Cirugía. Abril 1908.)

M. Gilmer (de Munich) manifiesta qne ha podido obtener la difusión de la anestesia hasta la región cervical, añadiendo goma arábiga á la solución de tropococaína, que es la que emplea siempre.

Generalmente se produce una anestesia incompleta y una analgesia, que dura de una hora y cuarto hasta dos horas y media, especialmente en las extremidades inferiores.

El mismo Dr. Gilmer se hizo practicar una inyección de 7 centigramos, y á pesar de que no guardó todas las reglas necesarias, sólo tuvo algo de marcha vacilante y una cefalalgia bastante molesta por la tarde.

---

**La raquianestesia por la estovaína.** (*Gaceta Médica de Caracas.* Marzo 1908.)

De un notable trabajo del Dr. González Mármol, del Hospital civil de Santiago de Cuba, tomamos los siguientes datos estadísticos de los fenómenos consecutivos á la anestesia estovaínica.

Cinco de los enfermos acusaron malestar general, ansiedad respiratoria y opresión precordial, que duraron de diez á quince minutos.

Dos enfermos presentaron temblor generalizado á todo el cuerpo, que desaparecía al poco tiempo.

Los pacientes que recibieron las inyecciones habiendo tomado alimento, tuvieron vómito hasta arrojar su contenido.

El pulso se retarda mientras dura la anestesia, y se retarda al principio.

La cefalalgia es precoz ó tardía; la primera se manifiesta seis ó ocho horas después de la inyección; comienza por pesadez cerebral, y luego se transforma en un dolor gravativo ó pulsátil; en ocasiones tolerable y en otras bastante molesto. Este estado puede durar de un día á cuatro, ó más. La tardía aparece al quinto día, y se comienza por rigidez dolorosa en la nuca y vértigos, que impiden al enfermo moverse de la posición que tiene. Dura de cuatro á seis días.

El autor ha observado veinte veces la precoz y cinco la tardía.

La raquialgia se presentó en dos casos, durando poco.

Quince enfermos tuvieron retención de orina, y uno presentó parálisis del motor ocular externo, que tardó un mes en curarse.

Después de esto... el autor manifiesta que la bondad del método hace que se esté propagando rápidamente en Europa.

---

**Sobre la raquiestovainización.** (*Revista Crítica de Medicina y Cirugía.* Abril 1908.)

En la *Sociedad de Cirugía* se han citado varios casos, muy convenientes de conocer, por cuyo motivo los publico á continuación.

Dr. Hartmann, prostatectomía transvesical. Al incorporar al enfermo para poder explorar más fácilmente el recto, el operado cae en un acceso de lipotimia, que dura siete horas, terminando por la muerte.

Laparotomía por vólvulo en una mujer. En el momento que la enferma se levanta para colocarla en posición inclinada, muere súbitamente.

Le Dentu ha observado una parálisis completa del grupo muscular del hombro, que persistió durante tres semanas, y una parálisis de la vejiga.

El Dr. Rochard, dos casos de muerte, otro de parálisis del motor ocular externo, otro de incontinencia de orina y otro de las materias fecales.

Mr. Schwartz, varios casos de retención de orina prolongados durante muchos días.

Mr. Reynier un síncope grave, que cesó merced á la respiración artificial, inyecciones de cafeína y de aceite alcanforado; una paraplegia dolorosa que duró ocho días; una diarrea profusa, que impidió operar un absceso apendicular, que hacía prominencia en el recto.

Mr. Laignel Lavastine, una parálisis completa de los cuatro miembros y de los músculos de la nuca, que duró quince días.

Mr. Guinard, tres casos de muertes tardías, y dos el Dr. Nélaton.

El Dr. Guinard confiesa que ha quedado tan *mal impresionado*, que ha decidido no emplear la raquianestesia.

El Dr. Routier, en vista de los malos resultados, ha prohibido la raquiestovainización en su servicio.

El Dr. Faure, después de varios fracasos, ha decidido no volverla á emplear; pues, aparte de sus muchos inconvenientes, dice no es partidario de que el enfermo *asista* á su operación.

---

**Más sobre la raquiestovainización.** (Société de Chirurgie. Seance du 6 Mai 1908.)

M. Beurnier, de 87 observaciones personales, en 15 la anestesia fué incompleta; en 2 tuvo que recurrir al cloroformo; en 10 hubo fenómenos meníngeos, que no cedieron hasta después de haber hecho una punción lumbar evacuatriz. En 12 casos los operados sufrieron lipotimias durante el curso de la operación; en 4 hubo retención de orina. Un hombre operado de hidrocele vaginal presentó parálisis de los exfínteres, que le duró más de dos meses. Una enferma, que un mes antes había sido anestesiada por el cloroformo para una histerectomía vaginal, sin ningún accidente, murió á los pocos minutos de haberle practicado una inyección de estovaína, para una perineorrafia que había que practicarle.

M. Bazy manifiesta haber presenciado un caso de muerte en la mesa de operaciones, y termina manifestando que es un método que, sin tener ninguna ventaja real, está lleno de contraindicaciones.

---

**Á propósito del empleo del cloruro de etilo en clínica para la anestesia general.** (*Le Monde Médicale*. Mayo 1908.)

En la *Société de Biologie* (sesión del 11 de Abril de 1908), L. Camus, después de recordar las causas más frecuentes de muerte en las anestesias generales, el *síncope nervioso* y el *síncope tóxico*, insiste sobre la necesidad de administrar el cloruro de etilo de una manera lenta y progresiva. Con una mascarilla, especialmente construída para este uso, puede obtener una anestesia completa con muy pequeñas dosis (uno ó dos centímetros cúbicos, por regla general), en el espacio de uno á dos minutos. El cloruro de etilo dosificado en ampollas preparadas de antemano, se administra en frío (0 grados) y calentado progresivamente; la regulación de la evapo-

rización permite evitar los fenómenos de sofocación y los accidentes tóxicos. Los signos clínicos de la anestesia aparecen de un modo regular y progresivo, pudiendo en esta forma dirigir el sueño con seguridad y precisión.

DR. FERMÍN MARTÍNEZ SUÁREZ

## Cirugia del aparato digestivo.

**El clapotaje y la macidez declive en la oclusión incompleta del intestino**, por A. Mathieu. (*Archives des Maladies de l'Appareil Digestif et de la Nutrition.* Junio 1908.)

En 18 Noviembre 1885, von Litten refirió á la Sociedad de Medicina de Berlín un caso interesante de *falsa ascitis*. Un hombre joven, con tisis tuberculosa avanzada, padecía diarrea permanente y signos evidentes de ascitis, por lo que se diagnostica peritonitis tuberculosa. En la autopsia no se halló líquido en el peritoneo, sino en seis cavidades comparables á estómagos dilatados, desenvueltas á expensas del íleon y separadas por estrechamientos cicatriciales casi infranqueables; masas que sin adherencia alguna se desplazaban como flotantes.

En 1897, P. Delbet, que no conocía la anterior observación, llama la atención sobre la aparición de falsos signos de ascitis en la oclusión intestinal incompleta del intestino, que había visto presentarse en un caso de angioma del intestino delgado y en otro de estenosis incompleta, por brida que atirantaba y acodaba el íleon en el curso de una salpingitis crónica. Esta oclusión se traduce por contracciones dolorosas de la parte hipertrofiada del intestino, crisis cólicas más ó menos largas y penosas, con enflaquecimiento progresivo: se ve las asas intestinales hacer relieve en la pared adominal, con ondas peristálticas; en decúbito lateral hay macidez declive como la de la ascitis, pero que se limita por arriba por una linea ondulada en lugar de exactamente horizontal.

El clapotaje intestinal y la macidez declive han sido notadas y descriptas por Nothuagel en su obra de enfermedades del intestino y peritoneo, afirmando se encuentran sobre todo en la oclusión de marcha lenta, habiéndolos visto cuando la estenosis asentaba lo mismo sobre el íleon que sobre la S ilíaca.

Esta noción no se había hecho clásica, á pesar de estas publicaciones, y las desconocía *Mathieu* cuando tuvo ocasión de observar estos fenómenos hace diez años. En varios casos observados posteriormente, el clapotaje simulaba el de la dilatación gástrica con éxtasis considerable, de la cual era un problema diferenciarla. En dos de ellos era grande y subumbilical, estando la estenosis en el

tercio superior del yeyuno y el líquido acumulado en un asa distendida subyacente al estómago; pero el cateterismo demostraba que el estómago estaba vacío, no pudiéndose concebir que tan gran cantidad de líquido estuviera en la cavidad inferior de un estómago bilocular.

Esto le llevó á considerar ambos signos como casi patognomónicos de la oclusión lenta por estenosis incompleta del intestino, y ciertas particularidades topográficas de este síndrome capaces en ciertos casos de indicar la localización de la estenosis. No había hecho investigaciones bibliográficas, y venía haciendo su averiguación metódica con sus discípulos; y convencido de que los cirujanos, que ven con más frecuencia que los médicos la oclusión lenta, no conocían lo antes expuesto de otros autores, fué llamado hace un año por Ricard para ver un hombre de cincuenta años, ingresado en 18 Marzo 1907 en el hospital de San Antonio, que cuatro días antes había tenido dolor violento en la ingle izquierda, con aparición de un tumor como una avellana, que diagnosticó un médico de hernia estrangulada, y lo redujo sin que el dolor cesara, y apareciendo vómitos y estado general grave. El 19, diarrea abundante, desaparición completa del dolor, vientre blando, plano ó escavado, orificios herniarios libres y pequeños, sin nada en la fosa ilíaca derecha. Por la diarrea, Ricard no creía hubiera oclusión. *Mathieu*, basándose en la existencia de clapotaje extenso en decúbito dorsal y macidez, que desplazaba hacia los flancos en decúbito lateral, diagnosticó oclusión incompleta de la parte inferior del intestino delgado, por haber clapotaje en este intestino y no en el colon. A pesar de la gran gravedad, previa anestesia con cocaína, le laparotomizó Ricard, por incisión en el flanco derecho, hallando cerca de la terminación del íleon una hernia lateral del intestino, cuya convexidad estaba cogida y gangrenada en un saquito herniario. El enfermo murió el mismo día, llamando la atención Ricard, al referir esta observación en la Sociedad de Cirugía, sobre los signos mencionados.

En la observación siguiente se trata de una estenosis orgánica. Mujer de treinta y nueve años, dispéptica gástrica desde veinte años, y por ello areófaga. Seis meses antes de acudir á la consulta de Mathieu, en el hospital de San Antonio, sufre dolores abdominales con diarrea glerosa y membranas, crisis de pujos dolorosos irregulares, sin hora fija, cada tres ó cuatro días, terminados por desates diarreicos, algunos seguidos, en Marzo, de vómitos verdosos, nauseabundos, el último con aspecto fecaloídeo. A pesar de restringir la alimentación á leche y caldo, las crisis se hacen más frecuentes y penosas; comienzan por escalofríos violentos y contracciones

muy dolorosas en el bajo vientre, seguidas de gorgoteo, sin observar jamás el enfermo ondulaciones peristálticas del intestino; dos ó tres deposiciones diarias diarreicas; nunca, al parecer, con melena. El 9 de Marzo timpanización más marcada en el lado derecho; las asas dilatadas se dibujan imperfectamente; Roux comprueba clapotaje en la región cecal, y le parece ver contracciones peristálticas limitadas al ciego; por tacto no hay induración ni punto doloroso. El 10, más timpanismo; clapotaje marcado por sucusión digital y por total ruido de la sub y supraumbilical, como en la dilatación gástrica con estenosis pilórica; en decúbito izquierdo, macidez en el flanco y fosa ilíaca correspondiente, que se vuelven timpánicos, con macidez en el lado derecho; en el decúbito derecho, aunque no tan francamente como en el otro lado, en la parte más declive, continúa percibiéndose una zona de tres dedos aproximadamente, de sonoridad de timbre hidro-aéreo, por encima de la cual la macidez es más clara; parece, pues, que el ciego permanece dilatado, lleno de aire, y que el líquido se desplaza en el intestino delgado.

Esto le lleva á pensar en un obstáculo estenosante por encima del ciego. Ingresa para ser operado. En 12 Marzo se ven contracciones peristálticas delgadas, claras; el colon descendente parece contraído, en cuerda; la palpación profunda es algo dolorosa en la fosa ilíaca izquierda; en la derecha, sonoridad del ciego; no ondulaciones del grueso; macidez con desplazamiento á los sitios declives; gorgoteo á los decúbitos laterales. Estado general, tiende agravarse: alimentación difícil; dolores abdominales persistentes; deposición diaria por lavativa; el 15, vómito gleroso. Operación el 17: incisión sobre la fosa ilíaca derecha; ciego poco dilatado y rojo; orificio ileocecal parece normal; en la unión del cuarto inferior con los tres superiores del colon ascendente, tumefacción neoplásica circular bastante dura, dividida en dos por banda, de aspecto fibroso, con estrechamiento intestinal. Se hace un ano cecal; con consecuencias inmediatas buenas. En operación ulterior se propone extirpar el tumor y restablecer la comunicación entre el intestino delgado y grueso.

Es un caso típico de oclusión intestinal con marcha progresiva lenta.

Podría citar una serie de observaciones casi idénticas; pero prefiere referir una de adherencias múltiples, por epiploitis crónica, de que se hizo diagnóstico bastante exacto merced al síndrome que le ocupa. Hombre de cuarenta y tres años, ingresado en la sala Chomel del hospital de San Antonio, en 23 Diciembre 1907. Siete años antes, gastroenterostomía por estenosis pilórica de origen ulceroso probable. Ocho días después de la operación se soltaron las suturas

abdominales, con salida intestinal y peritonitis consecutiva que le retuvo tres meses. Desde entonces, régimen de alimentación ordinario con litro y medio por día y aperitivos, sin molestia alguna. A fin de Julio de 1907, cinco ó seis deposiciones diarreicas por día, con cólicos, que le obliga á modificación alimenticia; enflaquecimiento notable; cesación de la diarrea á primeros de Octubre; desde entonces sensaciones de peso en la parte baja del vientre dos horas después de las comidas, que duran dos ó tres horas, con timpanismo y gorgoteo intestinal, sin vómitos y con estreñimiento. Peso, 48 kilos. En ayunas vientre flácido, paredes relajadas, con algún meteorismo subumbilical; eventración marcada en la parte superior de la cicatriz; no hay ondulaciones intestinales; colon descendido, en cuerda, no doloroso; ciego dilatado y sonoro; no se puede delimitar el estómago por abajo; por percusión, clapotaje con ruido de ola por debajo del ombligo de difícil localización, pareciendo más intestinal que gástrico; macidez declive bien apreciable; macidez hepática absoluta de 7 centímetros, y por encima del reborde costal. Los días siguientes el mismo cuadro. Parece haber dilatación de todo el intestino por encima del codo izquierdo del colon, estando el descendente contraído; se palpan asas intestinales superpuestas, sin contracciones peristálticas apreciables; el cateterismo gástrico, en ayunas, da 40 á 50 c. c. de bilis casi pura; el agua del lavado sale clara ó algo amarilla; el clapotaje no es por tanto gástrico; el cateterismo originó tetania de manos y pies cuatro minutos. De 23 Diciembre á 7 Enero se comprueban varias veces contracciones peristálticas visibles del intestino delgado; estreñimiento persistente, combatido eficazmente con morfina; régimen ovo-lacto-vegetariano. Por examen radioscópico con y sin bismuto, con puré de patatas, hecho por Béclèré, se ve que el estómago no desciende por debajo del ombligo, y el bismuto se acumula en el colon; el transverso, encorvado en semicírculo de concavidad inferior, y el ciego que parece dilatado, deduciendo: 1.°, que el estómago no está muy dilatado, debiendo funcionar normalmente el neo-píloro; 2.°, dilatación notable del intestino delgado, sin detención marcada de las materias ni signos de oclusión verdadera; 3.°, dilatación del colon, en particular sobre el ciego y parte derecha. Se piensa en adherencias como consecuencia de la peritonitis subaguda, con oclusión incompleta del intestino y dilatación por estenosis múltiples. En 14 Febrero, laparotomía media: adherencias del gran epiplón á la pared abdominal y á los codos transversos del colon; asas delgadas, rojas y dilatadas; destrucción de las adherencias y sutura de la pared. Muerte á los dos meses por peritonitis sobreaguda, por perforación de úlcera yeyunal.

Estas tres observaciones bastan para demostrar la existencia y utilidad clínica del síndrome, clapotaje intestinal y signos de falsa ascitis.

Las condiciones más favorables para su producción se hallan en la estenosis incompleta, hacia el final del íleon ó en el colon descendente.

En la mayoría de sus casos había diarrea permanente ó intermitente, que hace más difícil el diagnóstico de la oclusión progresiva; su coexistencia con el síndrome clapotaje (falsa ascitis) la da gran valor, convirtiéndola en verdadero signo de oclusión incompleta.

Puede suceder que el clapotaje intestinal extenso y la macidez declive no se produzca más que en el curso de una crisis paroxística de oclusión, y que el reposo y el régimen aleje éstas tanto, que en el intervalo se llegue á dudar de su significación. En ciertos casos persistirá en estos entreactos algún indicio de la lesión intestinal estenosante; en un caso que debía asentar hacia el codo derecho del colon había dilatación del ciego y clapotaje á su nivel; en otro se percibía una pequeña nudosidad dolorosa en la parte superior del colon ascendente; y hubo dos hemorragias algunas semanas antes, hallando Lejars, por laparotomía, un tumorcito neoplásico incapaz de estrechar acentuadamente la luz intestinal, pero origen de crisis pasajeras de oclusión por espasmo cólico.

La repartición del clapotaje y de la macidez pseudo-ascítica pueden servir para determinar aproximadamente el asiento de la estenosis intestinal. Cuando es el yeyuno, está al nivel y por encima del ombligo, como en las grandes dilataciones gástricas por estenosis pilórica; el cateterismo demuestra la vacuidad gástrica, y la insuflación sus dimensiones; la falsa ascitis es oscura; la macidez se extiende hasta las fosas ilíacas, permaneciendo limitada como en las grandes dilataciones con éxtasis considerable.

Cuando asienta hacia la válvula íleo-cecal y la extremidad inferior del íleon, los síntomas son los descriptos en las dos primeras observaciones. Si está en el codo derecho del colon, el ciego está dilatado y medio lleno de líquido de éxtasis. En la primera fase de la oclusión no se comprueba más que el síntoma, tan bien descripto por Bouveret: dilatación del ciego con clapotaje localizado, crisis dolorosas con contracciones peristálticas visibles y relieve apreciable del ciego. En la segunda fase, aparición más ó menos rápida, según la resistencia de la válvula íleo-cecal é intestino delgado, de dilatación íleo-yeyunal, clapotaje intestinal extenso; y en cuanto el líquido de éxtasis es suficiente, macidez declive y falsa ascitis. Los fenómenos de dilatación y éxtasis del delgado pueden evolucionar

por crisis paroxísticas como de oclusión, no quedando en su intervalo más que signos de dilatación y éxtasis cecales. Cuando la dilatación y el éxtasis delgado son permanentes, se puede algunas veces distinguirlos de la del ciego; pero es muy difícil ó imposible si el delgado está muy dilatado.

En un caso de cáncer del recto con estenosis acentuada se comprobó muy claramente, en los períodos de calma, la dilatación de todo el colon, con clapotaje de ciego y colon descendente, que en los paroxismos dolorosos se extendían al delgado y región subumbilical, y submacidez en los flancos, con sonido hidro-aéreo en el decúbito lateral.

En la oclusión completa de marcha rápida el síndrome no se produce, quizá por gran distensión y abundancia de gases. Para que se origine es necesario que la oclusión sea incompleta y la distensión moderada, no siendo indispensable que la túnica muscular esté hipertrofiada, ni que la oclusión se produzca muy lentamente.

La macidez declive no se produce instantáneamente cuando el enfermo cambia de posición; es necesario cierto tiempo, por lo que conviene esperar algunos minutos antes de averiguarla. En la ascitis verdadera, el desplazamiento de la macidez es mucho más rápido.

El clapotaje intestinal puede encontrarse fuera de la oclusión intestinal en ciertos casos de diarrea; pero no presenta la misma intensidad ni se acompaña de macidez declive, aun cuando nada se oponga á su producción.

En ciertos casos, en particular en la peritonitis tuberculosa crónica, puede haber á la vez clapotaje intestinal y ascitis verdadera y el diagnóstico ofrecería verdaderas dificultades.

No se puede, pues, basar el diagnóstico de oclusión incompleta sobre la sola existencia del síndrome clapotaje y oleada intestinal, con macidez declive en decúbito lateral; conviene igualmente tener en cuenta las condiciones en las cuales los accidentes han aparecido y el conjunto clínico.

DR. R. L. Y YAGÜE

## Estomatología.

### Un caso de identificación por el examen de los dientes.

(*L'Odontologie.*)

En 1891, á dos jóvenes franceses que fueron á explotar comercialmente la *Cote d'Ivoire* los mataron en los alrededores de *Tiassalé*. Al año siguiente, el capitán Marchand se apoderó de este importante lugar, y los indígenas comenzaron á someterse. Les exigió

la restitución de los huesos de las víctimas del año precedente. Uno de los dos cráneos que los indígenas remitieron á las autoridades de Tiassalé pudo ser fácilmente identificado porque presentaba dos ó tres dientes orificados, y muchos de los europeos habitantes de Salson recordaban haber visto el año anterior estos dientes orificados al más jovencito. Los dos mencionados sujetos fueron los únicos europeos muertos en la región de Tiassalé, pues los indígenas no conocían todavía el procedimiento de orificación de los dientes.

---

**Muertes debidas al cloruro de etilo.** (*British Dental Journal.*)

M. Luke publica en el *British Dental Journal* la estadística siguiente de los casos de muerte debidos al cloruro de etilo:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | caso de Lotheisen... | Hombre, 41 años. | Inspruck ... | 18 Novbre. 1900. |
| 2 | casos de Bossart..... | Niño, 12 meses .. | Auran..... | Octubre 1902. |
| 3 | — de Oliott Allen. | Hombre, 28 años. | — ..... | Dicbre. 1903. |
| 4 | — — — | Mujer, 28 años... | — ..... | Octubre 1905. |
| 5 | — — — | Hombre, 28 años. | — ..... | — 1905. |
| 6 | — de Mac Cardie . | Hombre, 28 años. | — ..... | — 1905. |
| 7 | — de Dental ..... | Hombre, 28 años. | — ..... | — 1905. |
| 8 | — — ..... | Hombre, 28 años. | Haslar..... | Abril 1905. |
| 9 | — — ..... | Mujer, 50 años... | Stourbridge. | Julio 1905. |
| 10 | — — ..... | Mujer, 40 años... | Enfiel ..... | Abril 1904. |
| 11 | — — ..... | Mujer, 42 años... | — ..... | — 1904. |
| 12 | — — ..... | Niño, 10 años.... | Devonport.. | Agosto 1905. |
| 13 | — — ..... | Niño, 10 años.... | Llandudno.. | — 1904. |
| 14 | — — ..... | Niño, 10 años.... | Swamca.... | — 1904. |
| 15 | — — ..... | Mujer, 50 años... | Edimbourg . | Julio 1905. |
| 16 | — — ..... | Hombre, 25 años. | — | — 1905. |

En razón del escaso número de años que se viene usando el cloruro de etilo como anestésico, esta lista de 16 casos, dice M. Luke, es suficientemente larga para que la más grande prudencia sea observada cuando se trate de emplear dicho agente. Si se tiene en cuenta que la mitad de las muertes ocurrieron en la práctica *odontológica*, se puede deducir que este anestésico se usa muy á menudo y en circunstancias en que el protóxido de nitrógeno bastaría. Hay que tener presente en todo momento la dosis y la manera de combatir los accidentes, por si acaso.

DR. LANDETE

## Ginecología.

**Envenenamiento por las irrigaciones intrauterinas de lisol,** por el Dr. Piltz, de Erlangen. (*Münchener med. Wocheusch.*, 1908, núm. 18.)

En vista de los casos relatados de envenenamiento por el lisol, el Dr. Piltz ha publicado un trabajo muy documentado acerca de este agente desinfectante, tan empleado en Obstetricia y Ginecología por su gran poder germicida; pero al lado de sus reconocidas ventajas se deben presentar sus inconvenientes, para que los prácticos no abusen en las dosis. Aparte de las dermatitis que determinan las soluciones concentradas de lisol, pueden éstas provocar verdaderas intoxicaciones, sobre todo cuando se emplean en irrigación intrauterina.

Cramer, de Bona, ha referido un caso de infección por aborto, tratado con las irrigaciones intrauterinas de la solución de lisol al 1 por 100, que produjeron una nefritis hemorrágica aguda y fatal. Hammer, de Würzburgo, ha publicado un caso parecido. Piltz cita otro de grave intoxicación con nefritis aguda, ocurrido en la clínica de Erlangen. La mujer había tenido un aborto seguido de infección, y se le practicaron dos irrigaciones intrauterinas con solución de lisol al 1 por 100: después de serios peligros de intoxicación pudo restablecerse.

No ofrece duda que, en muchas mujeres, el riñón se encuentra durante el embarazo en condiciones tales, que la más pequeña cantidad de sustancia tóxica puede dar lugar á lesiones graves. Conviene por esto limitar cuanto sea posible su uso en irrigación intrauterina; y si se observan fenómenos de intoxicación, deben emplearse las inyecciones de suero normal esterilizado y los diuréticos, para diluir el veneno y favorecer su completa eliminación.

---

**Las cápsulas suprarrenales en sus relaciones con la ovariectomía, la óvaro-histerectomía y la histerectomía,** por el prof. G. Raineri. (*Annali di Ostetricia e Ginecología*, Junio 1908, Milán.)

El profesor de la Escuela Obstétrica de Vercelli ha practicado interesantes experimentos en conejas, para conocer las modificaciones que sufren las glándulas suprarrenales después de la extirpación de los órganos genitales internos, y poder así deducir qué relaciones existan entre unas y otros.

Para ello, y teniendo igual número de conejas testigos del mismo peso y de la misma edad que las que debían ser operadas, estudió las modificaciones de las cápsulas suprarrenales en conejas sacrificadas á los cuatro ó cinco días de haber practicado en ellas la ova-

riectomía, á los quince, á los cuarenta y cinco días, y aun á los dos y tres meses. En otras conejas estudió las modificaciones de dichas glándulas después de practicada la histerectomía, y en un tercer grupo, las que se observan después de la ovaro-histerectomía.

Después de las tres clases de intervenciones, pero sobre todo después de lo ovariectomía y de la ovaro-histerectomía, las modificaciones macroscópicas más aparentes en las glándulas suprarrenales son un aumento notable de volumen, que, después de tres meses de la intervención, es cuádruplo del que ofrecen dichas glándulas en los animales testigos. Histológicamente se pueden observar grandes modificaciones en la sustancia cortical, sobre todo en cuanto á la forma, volumen y disposición de las células, pues en la primera fase de la intervención, es decir, á los cuatro ó cinco días de practicada la ovariectomía, ya se notan procesos formativos con activa proliferación celular y limitadas reproducciones en carioquínesis; más tarde, tiene lugar una proliferación de excisión directa, con producción de verdaderos sincicios, etc. En la sustancia medular, que se presenta hiperhémica y más ricamente vascularizada, las modificaciones son escasas ó nulas.

Aunque no sea posible establecer conclusiones positivas, á pesar de estos estudios, desde luego hay que admitir un nexo, una relación evidente entre las glándulas suprarrenales y los órganos genitales internos. Se puede presumir que, así como en la acromegalia está sobre todo interesada la hipófisis y en la enfermedad de Basedow la tiroides, en la osteomalacia, por los resultados hasta ahora obtenidos, y de los que ya hemos dado cuenta en esta Revista, por las relaciones embriogénicas entre cápsulas y aparato genital y por los cambios histo-anatómicos hallados en las investigaciones del profesor Raineri, debe tener una parte importante la función específica modificada de las cápsulas suprarrenales. Así parecen confirmarlo también los estudios de Bossi.

---

**Atrofia aguda del hígado en el embarazo.** *Estudio clínico y anatomo-patológico*, por el Dr. Alejandro Bertino. *(La Ginecología*, fasc. 14, Julio 1908.)

Á propósito de una verdadera epidemia de ictericia que se observó en Parma en el invierno de 1904-905, y habiendo podido el autor recoger en la clínica de Obstetricia diez observaciones de dicha enfermedad en otras tantas embarazadas, acaba de publicar el Dr. Bertino una monografía completa acerca de la atrofia aguda del hígado en el embarazo.

Del prolijo estudio de esta complicación, deduce el autor las siguientes conclusiones:

1.ª En las formas de ictericia epidémica ó esporádica, con curso en apariencia el más benigno, si se presenta en una embarazada, puede transformarse con facilidad en ictericia grave y seguir la marcha de la atrofia grave del hígado.

2.ª Las causas que determinan esta agravación son múltiples, y entre ellas merecen la mayor importancia aquellas que pueden dar lugar á alteraciones del parénquima hepático, cuyo órgano se encuentra ya, durante el embarazo, en condiciones de menor resistencia, por el aumento de trabajo que se le impone en dicho estado y por los fáciles procesos de auto-intoxicación.

3.ª El embarazo gemelar, por los más fáciles fenómenos de auto-intoxicación, y las enfermedades de la sangre (anemia), por la esteatosis visceral que de ella deriva, pueden contribuir á determinar la insuficiencia del hígado durante la gestación, y á transformar una ictericia simple en una forma grave.

4.ª Las alteraciones anatomo-patológicas del hígado en la atrofia aguda pueden ser diversas, y esto debe atribuirse, no sólo al distinto grado de virulencia del agente patógeno y á la actividad mayor ó menor de la permeabilidad renal, sino también á aquellas condiciones que inducen una debilitación en las fuerzas de resistencia del organismo.

5.ª La sintomatología, aunque en los particulares pueda ofrecer alguna variente, en las líneas generales es siempre la de un proceso agudo de auto-intoxicacion que hace muy parecido el cuadro de la atrofia al de la eclampsia.

6.ª Lo mismo el tratamiento médico que el tratamiento tocúrgico son poco eficaces cuando existen los síntomas positivos de la atrofia aguda, porque en este período de la enfermedad las alteraciones del parénquima hepático y los fenómenos de la intoxicación han progresado tanto, que es imposible tengan el menor alivio, ni por los agentes terapéuticos ni por la misma cesación del embarazo con la intervención del tocólogo, aun cuando en ciertos casos pueda ser el embarazo la causa de tan grave intoxicación.

---

**El desagüe sistemático como medio preventivo de las flebitis post-operatorias en cirugía abdominal,** por R. Moty. (*La Gynecologie*, Julio 1908.)

No siendo solamente la infección la causa de las flebitis y de la embolia post-laparotómica, sino circunstancias especiales del sistema circulatorio y de la clase de lesiones que demandan la intervención quirúrgica, pues vemos que se presentan dichas complicaciones con más frecuencia en mujeres polisárcicas, de corazón graso, flácido, con sistema venoso hipertrofiado y débil tensión arterial, con

trastornos digestivos, y que presentan fibromas que por su disposición comprimen y alteran las venas del pelvis, no podemos admitir tan en absoluto la bondad del tratamiento preventivo que propone el Dr. Monty.

Sin embargo, y como ante los hechos nada valen las hipótesis, daremos cuenta de este trabajo.

En él consigna su autor, como idea fundamental, que el mejor medio preventivo de las flebitis post-operatorias es evitar la contaminación de las heridas y la atrición de los tejidos en el curso de la operación. Si la herida se ha infectado á pesar de todas las precauciones, el peligro será tanto menor cuanto menos se hayan lesionado los tejidos y más perfecta sea la hemostasia.

Con motivo de cinco casos de flebitis por él observados, y cuya aparición coincidía constantemente con la falta de desagüe, mientras variaban los otros factores etiológicos, el Dr. Moty se decidió á emplear desagüe indistintamente en todas sus operadas de vientre. Hasta la fecha, ha hecho uso del procedimiento en 400 casos, sin haber observado un solo caso de flebitis. Por cierto, que la cosa no puede ser más sencilla, pues se limita á colocar un pequeño tubo de desagüe, de un centímetro de longitud y de cinco milímetros de diámetro, en la parte declive de la herida. Cuando no está indicado un desagüe profundo, este pequeño tubo se sujeta, antes de introducirlo, á la gasa que ha de cubrir la herida con tres puntos de sutura; en el momento de levantar el apósito sale el tubito adherido á la lámina de gasa; y cuando, al séptimo ú octavo día, se quitan los puntos de sutura de la herida abdominal, apenas queda señal de su permanencia.

Para poder asegurar la bondad de este procedimiento, sería preciso conocer la historia detallada de los 400 casos; porque, si hemos de basarnos en nuestra estadística, la flebitis post-laparotómica no suele presentarse más que en algunas operadas por fibromas uterinos, por cáncer que nos ha obligado á practicar la operación de Wertheim, concurriendo en algunas las circunstancias á que antes hicimos referencia, de trastornos cardio-vasculares. La mejor profilaxis de estas complicaciones estriba en el estudio de los antecedentes particulares de la operada, en la asepsia más rigurosa y la delicadeza en el tratamiento de los tejidos, á lo que se añadirá la mayor brevedad en el acto operatorio, que lo será también de la anestesia en enfermas de corazón débil.

DR. GUTIÉRREZ.

## Medicina interna.

**Cirugía de los pulmones.** (Congreso XXXVII de la Sociedad Alemana de Cirugía. Berlín, 1908.)

M. Küttner's da cuenta de un caso de cáncer primitivo del pulmón, en el que hubo que renunciar á proseguir la operación empezada, porque el tumor invadía el canal vertebral. Relata también otro caso de cáncer del esófago, cuyo enfermo murió durante la intervención. A pesar de esto, Küttner's se mostró optimista, previendo la posibilidad de que se llegue á intervenciones afortunadas, por el empleo de los aparatos de Sauerbruch y de Brauer, que impiden el hundimiento del pulmón. Este último aparato permite además el empleo del intubamiento de la laringe, por el procedimiento de Khun, que insufla oxígeno en los pulmones.

M. Wendel, de Magdebourg, asegura que la descortización del pulmón resulta muy fácil con el empleo de estos aparatos. El mismo M. Sauerbruch ha visto, operando con su aparato, desaparecer un enfisema traumático inmediatamente. Mantiene la esperanza de que las probabilidades de éxito para la extirpación de los tumores malignos del mediastino y pulmón han de ser cada vez mayores, sobre todo cuando no se tenga temor á practicar la toracotomía exploradora, tan justificada como puede serlo la laparotomía con el mismo fin.

---

**El signo de Grocco,** por F. Smithiers. *(Journal af the American Médical Association.* Mayo 9 1908.)

El autor refiere un caso de un enfermo que presentaba, al mismo tiempo que el triángulo de macidez paravertebral á la izquierda de la espina, un cisto-adenoma abdominal, sin adherencias al diafragma ni órganos vecinos. Lo notable del caso era que, separando algún tanto el líquido del quiste, se modificaba notablemente el área del triángulo de Grocco, y desplazando el tumor, desaparecía por completo el signo citado. Este hecho excluía la posibilidad de que se tratara de un derrame pleural ó de cualquiera otra producción en el mediastino ó en el pulmón.

---

**Nuevo tratamiento de la sífilis,** por Lenzmann. *(Deutsche Medizinische Wochenschrift.* Marzo 1908.)

La acción del mercurio sobre el espirocete no está bien conocida. Hay quien sostiene que este agente no destruye el treponema pallidum, pero lo coloca en las mejores condiciones para ser aprisionado por los anticuerpos formados por el paciente; otros entienden que

el mercurio obra acelerando las reacciones, en virtud de las que se estimula la acumulación de los leucocitos. El autor cree en una acción directa del mercurio, á la manera como la quinina ejerce su acción sobre el plasmodium de la malaria; y considerando que el agente de la sífilis pertenece al mismo grupo que el anterior, se le ocurrió ensayar la quinina en catorce casos, de los cuales, el treponema pallidum había sido bien demostrado en doce de los mismos. Los resultados hasta ahora no han podido ser más satisfatorios. Lenzmann ha administrado la quinina en inyección intravenosa, á la dosis de 3 á 8 c. c., de una solución de clorhidrato de quinina al 10 por 100. Las inyecciones se repiten con diferentes intervalos, hasta llegar á la dosis de 4 á 5 gramos, en el espacio de dos á tres semanas.

---

**La reacción de las precipitinas en los quistes hidatídicos,** por D. A. Welch and H. S. Chapman. (*The Lancet*, Mayo 9 1908.)

Los resultados de la experiencia de los autores en nueve casos de enfermos con quistes hidatídicos, son los siguientes:

1.° La acción recíproca entre el líquido hidatídico y el suero del paciente afecto de hidátides no ha faltado ni una sola vez en las nueve observaciones, cuando se ha practicado antes de la operación.

2.° No siempre el líquido hidatídico da la reacción de las precipitinas, sin que esto signifique disminución perceptible de su contenido proteico.

3.° La persistencia de una marcada reacción, algunas semanas después de la operación, indica probablemente la persistencia á su vez del parásito; pero la no reacción en iguales condiciones no es señal evidente de que todo el quiste haya sido extirpado.

4.° La reacción positiva de la precipitina es independiente del sitio del quiste y de su contenido (transparente, turbio, purulento, etc.)

---

**La paracentesis del pericardio,** por P. Spillmann y J. Parisot. (*La Province Médicale*. 31 Mayo 1908.)

La paracentesis del pericardio, hecha en condiciones favorables, no es más peligrosa que la de la pleura ó del peritoneo, y merece entrar por lo tanto en la práctica corriente. Siempre debe preceder la punción exploradora, que permitirá el estudio citológico del líquido del derrame, y puede proporcionar útiles enseñanzas acerca de la naturaleza del mismo y de la gravedad de la afección. La paracentesis debe practicarse en el cuarto ó quinto espacio intercostal, á 4 centímetros próximamente del borde izquierdo del esternón.

Previas las necesarias precauciones de asepsia de piel é instrumentos, se introduce, por el punto indicado, una fina aguja de platino (puesta en comunicación con el aspirador de Dieulafoy) de una longitud como de 7 centímetros. Se hace penetrar la aguja paralelamente á la pared torácica, con lo que no se corre el peligro de herir el corazón. La aguja debe después retirarse muy lentamente, á fin de evitar una decompresión rápida.

---

**Profilaxis de la sífilis,** por Hulenhuth y Weidaoz. (*Deutsche Medizinische Wochenschrift.* Mayo 14 1908.)

Los autores se muestran, de acuerdo con otros experimentadores, convencidos de que el atoxil es un medicamento que no solamente es curativo de la sífilis, sino profiláctico, como se ha demostrado por la inoculación de esta enfermedad á los monos. Respecto al valor relativo del atoxil, comparado con el mercurio, como preventivo de la infección sifilítica, sus experimentos en conejos les autorizan á emitir la opinión de que, sin negar el posible valor del mercurio como profiláticо, estiman, conformes con los trabajos de Metschnikoff, Salmon y otros, que el atoxil es mejor remedio que el mercurio. Con el uso del atoxil han podido prevenir en los animales queratitis espicifísicas que, por el contrario, se han desarrollado en otros testigos no sujetos á la medicación arsenical.

---

**Tratamiento quirúrgico de la embolia de la arteria pulmonar,** por R. Lievers. (*Revista de Med. y Cir. Prácticas,* 28 Julio 1908.)

A los veinte minutos de haber sobrevenido, en una mujer de cuarenta y ocho años, síntomas de una embolia pulmonar, el autor procedió á la siguiente operación: después de seccionar los cuatro primeros cartílagos costales, desvió las costillas correspondientes y abrió la pleura, hundiéndose entonces el pulmón izquierdo. Abierto el pericardio, hizo pasar un tubo de goma alrededor de las arterias aorta y pulmonar, é incindió esta última en la extensión de un centímetro, atrayendo al mismo tiempo los cabos cruzados del tubo de goma; con una pinza de pólipos extrajo un émbolo de unos 20 centímetros de largo del interior de la pulmonar, al que siguió otro más pequeño. La incisión de la arteria se cerró provisionalmente con una pinza, se excitó de un modo rítmico el corazón, cuyos latidos habían cesado, y una vez restablecida la función cardíaca, se cerró definitivamente la herida de la arteria mediante una sutura abotonada con hilo de seda. La enferma falleció quince horas después. La autopsia demostró que el pneumotórax había desaparecido, que

el pulmón se había distendido de nuevo, que no había más émbolos en la arteria pulmonar y que la sutura de esta arteria se mantenía intacta.

---

**Sobre la condrotomía de la primera costilla al principio de la tuberculosis pulmonar**, por Hans Leidiel. *(Munchener Medizinische Wochenschrift*, 28 Jun. 1908.)

La condrotomía del primer cartílago costal, propuesta por Freund, es una operación sencilla, nada peligrosa, que tiene por objeto ensanchar la parte superior del tórax, facilitando los movimientos respiratorios de los vértices pulmonares. Para obtener buenos resultados es preciso que el foco tuberculoso esté limitado á los vértices, porque solamente este territorio pulmonar es el que se encuentra influenciado por la cintura costal superior. El autor cita dos casos operados por Lindner, uno de los cuales, hombre de veintiún años, ganó en peso 12 kilos después de la operación, y otro, con signos evidentes en los vértices, pudo emprender de nuevo su trabajo ordinario.

---

**Contribución á la bacteriología del reumatismo articular agudo**, por Beattie. *(Gazzetta Médica di Roma*, 1 Agosto 1908.)

Según el Prof. Beattie, el microbio del reumatismo no se encuentra ni en la sangre ni en el líquido articular. Para hallarlo se precisa raspar la serosa articular, obteniendo así con medios apropiados una especie de estreptococo-*micrococo reumático* que, inoculado en inyección intravenosa, provoca una artritis semejante á la del reumatismo que nunca da lugar á supuraciones. Todos los demás diplococos ó estreptococos descubiertos por otros autores en el líquido sinovial ó en la sangre de los enfermos, no pueden atribuirse más que á defectos de técnica ó de rigurosa asepsia. El verdadero microbio del reumatismo no se encuentra libre, sino en el espesor del tejido de la sinovial.

---

**La tintura de eucaliptus en las hemorragias**, por Tadd. Whitte. *(British Médical Journal*. July 1 1908.)

El autor fué llamado para ver un paciente á quien tres días antes se había extraído un molar, persistiendo la hemorragia del alvéolo durante todo este tiempo. Se habían empleado ya todos los remedios usuales. Se aplicó la tintura de eucaliptus, y la hemorragia cesó casi inmediatamente. Un hermano del anterior enfermo se hizo casualmente una herida en el pie con abundante hemorragia; se aplicó la tintura de eucaliptus, y la salida de sangre se contuvo en seguida. Otro caso de hemorragia de la encía, producida por una

sanguijuela, y que no había modo de contener, cesó al cabo de cinco minutos, después de aplicar la tintura de eucaliptus, para no volver á reproducirse. El uso del cloruro de calcio al interior, combinado con la aplicación externa de la tintura de eucaliptus, opina el autor, es capaz de detener cualquier forma de hemorragia.

---

**Tratamiento de la erisipela por el sulfato de magnesia,** por Henry Tucker. (*The Ther. Gaz. y R. de Thérapeutique.* 15 Agosto 1908.)

Las soluciones de sulfato de magnesia en agua, aplicadas tópicamente sobre las superficies erisipelatosas, han producido en 35 casos, no complicados, pero sí graves, la curación al cabo de dos á siete días. El dolor y las manifestaciones locales desaparecen en algunas horas. La temperatura baja rápidamente á la normal, sin necesidad de tratamiento alguno interno. El tratamiento no puede ser más sencillo ni más económico. Unas compresas de gasa, embebidas en la solución de sulfato de magnesia, se aplican sobre la placa erisipelatosa, rebasando sus límites. Para la cara se puede hacer una mascarilla que la recubra toda, dejando una abertura para la respiración. Encima de la mascarilla se coloca un papel encerado. Las aplicaciones no se renuevan más que dos veces cada veinticuatro horas.

---

**Tratamiento de las hemoptisis,** por Dumarest A. Bayle. (Société d'Etudes Scientifiques sur la tuberculose. 4 Mayo 1908.)

Las hemoptisis graves se tratan, en el Sanatorio de Hauteville, por las inyecciones de suero gelatinizado al 3 por 100, en cantidad de 120 á 150 centímetros cúbicos. Las dosis más pequeñas son insuficientes. No hay que tener miedo á emplear esta medicación, que puede salvar la vida á un enfermo en un momento dado. El nitrito de amilo, que yugula admirablemente las pequeñas hemorragias, no impide, como la gelatina, su repetición.

---

**Seroterapia en las epístasis,** por F. Schiffers. (*Le Scalpel y R. de Thérapeutique* Agosto 15 1908.)

En la hemofilia llamada familiar ó hereditaria, la falta de coagulación de la sangre parece obedecer á la presencia de sustancias anticoagulantes. En la hemofilia espontánea se trataría solamente de un déficit de plasmasas.

E. Weil ensayó el suministrar á la sangre los fermentos coagulantes que le faltan, por medio de las inyecciones de 10 c. c. de suero animal fresco. El autor cita dos casos de hemorragias por las

encías y narices, en hemofílicos, que curaron, gracias á la inyección repetida de 10, 20 y aun 30 c. c., en el espacio de algunos días, de suero normal fresco de conejo, practicadas en la piel del vientre. En ambos casos, el cloruro de calcio no había producido el menor efecto.

---

**La tripsina y amilapsina en la tuberculosis y en el cáncer,** por Pinkuss. (*Deutsche Medizinische Wochenschrift.* July 16 1908.)

El autor dice que, conociendo la acción inofensiva de estos fermentos, los había aplicado muchas veces en inyecciones subcutáneas, en enfermos avanzados de estas terribles enfermedades, sin haber conseguido nunca mejoría de ninguna especie. Posteriormente, y de una manera incidental, ha empleado la tripsina en dos casos de tuberculosis ganglionar del cuello, obteniendo muy favorables resultados, no sólo en el estado local, sino en el estado general, que mejoró notablemente.

A. Mut

## Neurología y Electroterapia.

**Tratamiento del blefarospasmo por las inyecciones de alcohol,** por el Dr. M. Valude. (*Acad. de Méd.*, 21 Abril 1908.)

El autor encomia la inyección de alcohol á 80°, adicionado de cocaína ó de estovaína, y practicada en el punto de emergencia del nervio facial, fuera del cráneo, como un medio excelente y al mismo tiempo tan simple como inofensivo, para tratar los espasmos faciales rebeldes á toda terapéutica. Suele bastar en la mayor parte de los casos una sola inyección para lograr el resultado apetecido, siendo la curación á veces definitiva, ó cuando menos se sostiene durante mucho tiempo.

Este método terapéutico es aplicable, no sólo á los espasmos simples, sino también á los complicados de neuralgias, que se suelen denominar impropiamente con el «de «tics dolorosos de la cara». En estos casos debe hacerse la inyección igualmente en el punto de salida del nervio facial.

Como consecuencia de esta inyección, se sigue fatalmente la parálisis del nervio, la cual debe abandonarse á sí misma, sea cualquiera su duración, siempre que por efecto de ella no sobrevengan síntomas alarmantes para la integridad de la córnea, y los párpados se cierren lo suficiente durante el sueño para protegerla, y no exista la caída del párpado inferior.

No se tratará por lo tanto de combatir esta parálisis, que repre-

senta en resumen la fórmula de curación del blefarospasmo, sino en el caso en que la córnea empiece á alterarse.

---

**Investigación experimental sobre la epilepsia,** por el Dr. G. Guidi. (*Societa di Medicina legale in Roma.* Sesión del 25 de Febrero de 1908.)

El autor, ocupándose de los estudios modernos acerca del recambio material de los epilépticos, suministró á varios enfermos epilépticos é histéricos, con ataques convulsivos, el carbonato de amonio. En los histéricos, el medicamento, lejos de producir perjuicio á los enfermos, los mejoraba notablemente obrando por sugestión. No sucedía así á los epilépticos, en los que los ataques se hacían más graves y frecuentes aun con dosis pequeñísimas del carbonato.

De aquí deduce el autor que el carbonato de amonio debe ser un medio utilísimo para el diagnóstico diferencial entre la epilepsia y la histeria, y que el médico debe recurrir á él en aquellos casos en que se carezca de elementos suficientes para dilucidar la naturaleza de los ataques.

Aunque el autor examina el asunto bajo el punto de vista de la medicina legal, hay que tener en cuenta que nunca puede ser lícito obligar á nadie á ingerir un medicamento; y si bien Ottolenghi dice que en este caso puede prescribirse sin temor porque la sustancia no es tóxica, no sabría asimismo negar que, no obstante la falta de toxicidad, sus efectos en un epiléptico pudieran llegar á ser desastrosos.

Por otra parte, las cosas no suceden siempre de la misma manera, y por consiguiente, el diagnóstico diferencial, caso de que fuera imposible establecerlo por la observación clínica, lo que hoy es rarísimo, no sería tampoco esclarecido por el procedimiento que propone Guidi. Si sus enfermos histéricos se aliviaban por sugestión, sabido es que ésta puede existir ó no según las circunstancias y los individuos, y aun ciertas sustancias producir efectos contradictorios en los histéricos. Una enferma he conocido en la que precisamente el amoníaco y todos los preparados en que entraba alguno de sus componentes, aunque no se delatasen por el olor, exacerbaba todas sus molestias, y hasta hubo de determinar alguna vez el ataque convulsivo. Pero no es sólo este inconveniente: los epilépticos ven agravarse notablemente sus crisis por este medicamento, y ¿podemos tener en nuestra mano nunca la medida de esta agravación? ¿Un violento ataque epiléptico no puede determinar á veces muy graves complicaciones (una hemorragia, etc.) y hasta la muerte misma?

Estas consideraciones elementales en asunto tan conocido nos hacen desechar el medio propuesto por el autor para el diagnóstico

diferencial entre la epilepsia y el histerismo, aunque se trate de casos médico-legales y de sujetos más ó menos delincuentes.

---

**Un nuevo signo de la parálisis orgánica del miembro inferior,** por el Dr. Gaussel. (*Montpellier médical.* Janvier 1908.)

El autor se ocupa nuevamente del signo que él describía, en colaboración con el profesor Grasset, en la *Revue de Neurologie,* en 1905. Este signo consiste en la posibilidad, por parte del enfermo, de levantar aisladamente el miembro paralizado estando en posición horizontal, y la imposibilidad de levantar simultáneamente los dos miembros inferiores. Esta circunstancia es debida á una parexia de los músculos, que procuran la estabilidad de la pelvis para proporcionar así un punto de apoyo suficiente á los músculos motores de la cadera. Siempre que un miembro permanezca sobre el plano de la cama, contribuye por la contracción de sus músculos á estabilizar la pelvis lo suficiente para permitir la elevación de su homólogo.

Por virtud de este signo pueden descubrirse estados muy ligeros de parálisis ó restos de ella; y como quiera que este fenómeno no se observa nunca en las parálisis histéricas, viene á ser, según el autor, un nuevo y precioso medio de diagnóstico diferencial entre las lesiones orgánicas y los trastornos simplemente funcionales del sistema nervioso.

Dr. E. Vilches

## Proctología.

**Neuralgia del recto.** (*Berlin. Klin. Wocheusch.—Semaine Médicale.* Février 1906.)

El Dr. M. A. Albu publica un trabajo á propósito de cinco casos observados en estos últimos años.

Los dolores empiezan en el recto y se propagan al ano, región coxígea, periné, glúteos, zonas de plexo pelviano y muchas veces del ciático.

Los enfermos sufren sensaciones de pinchazos, estiramientos, quemaduras, contracturas, etc.

En la generalidad de los casos se presentan por accesos, que duran desde algunos minutos á varias horas, haciéndose en ocasiones tan penosos y persistentes, que imposibilitan toda clase de trabajo, privando el sueño.

Nunca ha podido encontrarse lesión anatómica como causa ocasional, y teniendo en cuenta que siempre ha recaído en individuos

neurasténicos, el Dr. Albu, ora se trate de una neuralgia por surmenage, por abusos del alcohol ó del trabajo, puesto que de sus cinco casos, cuatro han recaído en hombres y uno solo en mujer. Sin embargo, un clínico americano, el Dr. Gant, asegura ser mucho más frecuente en el sexo femenino.

Su duración es variable.

El tratamiento se muestra más eficaz que en las otras neuralgias. Deben proscribirse los narcóticos morfina y opio, y ser sustituídos por la belladona, baños de asiento calientes, duchas y compresas: pero el tratamiento más enérgico y eficaz consiste en introducir en el recto bujías gruesas que obran, probablemente, por estiramiento de los nervios, procedimiento utilizado muchas veces en las demás neuralgias.

---

**El ano contra natura en los cánceres del grueso intestino**, por N. Dudot. *(Tesis de París, 1907.)*

Las indicaciones del ano contra natura varían según se trate de un cáncer con ó sin oclusión intestinal. En el cáncer con oclusión completa, el ano artificial está absolutamente indicado: las condiciones operatorias son muy desfavorables, ya por el estado general, ya por el local, y la conducta que debemos observar es bien clara: deberemos hacer el mínimum, drenando al intestino por un ano cecal: la cecostomía constituye un excelente ano temporal.

En los cánceres sin oclusión intestinal, si el tumor es operable, el ano artificial contribuye al éxito del tratamiento radical de la resección, poniendo en reposo al paciente y contribuyendo así á la desinfección. Más tarde, pone las suturas al abrigo de las materias fecales, y, caso de oclusión post-operatoria, juega el papel de válvula de séguridad.

Si el neoplasma es extirpable, el ano artificial es indiscutible en ciertos cánceres, situados bajos y muy extensos; en los otros casos puede ponerse en parangón con las entero-anastomosis.

Las ventajas del ano artificial son tan evidentes, que su causa estaría ganada si no fuera para el sujeto una enfermedad de las más graves, desde el punto de vista moral y social. El alivio que tan rápidamente proporciona la colostomía, se olvida muy luego, y al lado de los enfermos que saben sobrellevar el mal con paciencia, hay muchos que se desaniman; el ano anormal constituye para ellos una obsesión, que les sume en una melancolía profunda, y puede llevarles á una verdadera vesania. Si el ano contra natura constituye para el enfermo una verdadera enfermedad, según lo declara Hartmann, su benignidad operatoria, y la supervivencia mayor que da al enfermo en la mayor parte de los casos, hacen de él, teniendo

en cuenta el estado actual de la ciencia en esta cuestión, el más seguro, ya que no el más brillante, de los tratamientos paliativos.

---

**Perforación de la S ilíaca por una bujía dilatadora.** *(La Vie Médicale.* Marzo 1908.)

Schnitzler refiere la interesante observación de un hombre de cuarenta años que tenía la costumbre de combatir el estreñimiento por medio del uso de una bujía dilatadora. Un día, sintió de pronto un dolor bastante vivo en el bajo vientre. Fué á consultar á su médico, quien, á pesar del estado general excelente, en razón á una ligera tensión abdominal y de una ligera elevación de temperatura (38°,1), le aconsejó que consultara un cirujano. Schnitzler, después de haber oído la opinión de Von Eiselsberge, diagnosticó una perforación de la S ilíaca. La laparotomía se practicó ocho horas después del accidente. Se encontró una rasgadura de 3 centímetros, con peritonitis purulenta en sus comienzos. Sutura del intestino, drenaje abdominal, curación. M. Fruenu ha registrado 35 casos de perforación intestinal de la S ilíaca, con 27 muertes; sobre 30 casos no operados, hubo 25 muertes; sobre seis casos operados, dos muertes. El caso de Schnitzler es, pues, el quinto caso de curación conocido, después de la operación. Esta perforación es frecuente en el curso de las dilataciones por *estenosis del recto;* pero la perforación del intestino sano es muy rara.

---

**Hemorroides y fisuras del ano.** (Dorvault. — Vigésimooctavo suplemento.)

El Dr. Huchard recomienda las siguientes fórmulas, según sean ó no hemorrágicas.

| | |
|---|---|
| Estovaína | 25 centigramos. |
| Adrenalina al milésimo | 30 gotas. |
| Lanolina. } aa | 5 gramos. |
| Vaselina. } | |
| M.e | |

| | |
|---|---|
| Estovaína | 1 gramo. |
| Extracto de ratania | 2 » |
| Ungüento populeón | 30 » |
| M.e | |

---

**Proctoscopio de M. Tuttle,** de New-York. (*Revue de Chirurgie.* 10 Avril 1908.)

En una comunicación que el Dr. Hartmann presenta á la *Société de Chirurgie,* manifiesta que el proctoscopio de Tuttle corresponde al tipo del proctoscopio neumático con luz terminal. Se compone de

un ligero cilindro, en la parte lateral, del cual se encuentra un pequeño tubo metálico, cerrado en su extremidad distal por una ampolla de cristal. En el pequeño tubo se introduce un tallo que lleva en su extremidad una lámpara elíptica. Para introducir el proctoscopio se coloca un mandril, que se retira en cuanto ha franqueado la región esfinteriana, para sustituirlo por un obturador, provisto en su extremidad de un cristal transparente, y lateralmente de una abertura que permite insuflar el recto con ayuda de una doble pera elástica.

El Dr. Chaput presenta el rectoscopio del Dr. Abrand, que se compone de un simple tubo cilíndrico, en el cual se proyecta la luz por medio de un espejo frontal. Las ventajas residen principalmente en su simplicidad, pues no lleva mandril ni lámpara interior.

M. Pierre Delbet hace observar que todos los proctoscopios se parecen, y no se diferencian más que por el modo de iluminarse: los unos, con la luz interna; los otros, con la luz externa. Por su parte el Dr. Delbet prefiere los rectoscopios de luz interna.

Por nuestra cuenta añadiremos, que hasta el presente son bastante defectuosos, pues si bien los de luz interna sirven para mejor apreciar el estado de las porciones que se examinan; tienen el inconveniente de adquirir temperaturas que los hacen intolerables, y en cambio los de luz externa sólo tienen por ventaja su sencillez, pues los exámenes que con ellos pueden practicarse son muy incompletos, y fatigosa la posición en que hay que colocar á los enfermos.

Dr. Fermín Martínez Suárez

## Vías urinarias.

**Valor de la pielotomía en la nefrolitiasis**, por el Dr. Badin. (*Tesis de Lyon*, 1908.)

Hasta estos últimos tiempos, la nefrotomía y la nefrectomía eran las dos únicas intervenciones aceptadas por los cirujanos como tratamiento de la litiasis renal. La dificultad del diagnóstico y las múltiples causas de error eran seguidas de dos operaciones, más ó menos graves, ó incisión exploradora, ó extirpación del órgano profundamente lesionado, como consecuencia de la intervención tardía.

Igualmente, las imperfecciones de la radiografía daban resultados poco satisfactorios; mas hoy tales progresos han hecho en su aplicación como medio de diagnóstico de los cálculos renales y ureterales, que ha cambiado por completo el aspecto de la cuestión; y tanto es así, que siempre que tengamos aunque no sea más que sospecha

de litiasis renal, al explorar un enfermo, se le someterá á la radiografía, en la seguridad de que, procediendo de este modo, se descubrirán cálculos en todos los períodos de evolución.

Por otra parte, este método de diagnóstico permite la aplicación de un tercer procedimiento operatorio, la pielotomía, por la cual se busca y se extrae el cálculo en la misma pelvis renal, sin lesionar inútilmente el parénquima excretor. La técnica de la pielotomía es como sigue:

*Primer tiempo: Incisión lumbar.*—Este primer tiempo no difiere de la nefrotomía clásica lumbar; la incisión puede variar según la preferencia de los cirujanos.

*Segundo tiempo: Liberación y exteriorización del riñón.*—Idénticos procedimientos de busca y captura de riñón por dislaceración de la fascia perirrenal, primero, y disociación digital de la atmósfera célulo-grasosa que envuelve dicho órgano. Una vez desprendido de las adherencias, y sujeto sólo por un pedículo, se saca al exterior de manera que veamos perfectamente la pelvis profundamente situada. La extracción del riñón debe ser prudente, en previsión de roturas vasculares.

*Tercer tiempo: Denudación de la pelvis.* — Dos accidentes hay que evitar al denudar la pelvis renal: su rotura ó herida vascular, sobre todo venosa; estos accidentes se conjuran cuando se lleva mucho cuidado al denudar por la cara posterior. La denudación de la pelvis se acompaña, naturalmente, de la palpación del órgano, localizando de un modo preciso la situación del cálculo, que se confirma teniendo á la vista la radiografía.

*Cuarto tiempo: Incisión de la pelvis.*—Precisada la situación del cálculo, se le coge entre los dedos á través de las túnicas, y sobre este plano resistente se hace una incisión longitudinal.

*Quinto tiempo: Extracción del cálculo.*—Facilísima su extracción, cuando es aséptico y de fecha reciente, ocurre á veces que por reacción inflamatoria de la bolsa pielítica existen adherencias; de todos modos, se requiere mucha prudencia para no fragmentarlo. Es buena práctica, después de la extracción, limpiar bien la bolsa con una pinza y un tapón de gasa hidrófila.

*Sexto tiempo: Sutura de la pelvis.*—Tres ó cuatro puntos de catgut fino bastan, teniendo en cuenta que todo procedimiento de sutura que deje en contacto de la orina hilos de reabsorción lenta ó no reabsorbibles debe ser desechado, porque expone á la formación de nuevos cálculos.

*Séptimo tiempo: Sutura de músculos, piel y aponeurosis.*—No tiene este tiempo indicaciones especiales; según la costumbre y preferencia del cirujano, así se ejecuta.

Diez observaciones de enfermos operados y curados y ocho magníficas radiografías completan este trabajo.

---

**Acidificación de la orina por el ácido bórico**, por el Dr. Etterlen, de Contrexéville. (*Lyon Médical*. 5 Julio 1908.)

La vejiga es un reservorio destinado á contener un líquido ácido: la orina contiene, por término medio, una acidez dosada en ácido sulfúrico de 1,35 gramos por litro. Cuando por cualquier causa recibe la vejiga orina neutra ó amoniacal, se altera la mucosa y aparece la cistitis; si á esto se agrega que la inflamación de la mucosa, más ó menos purulenta, ayuda á la alcalinización de la orina, nos encontramos dentro de un círculo vicioso. De aquí se desprende que siempre que en un enfermo afecto de cistitis la orina no tenga acidez normal, ó sea amoniacal, hay que comenzar por acidificar la orina á fin de suprimir una causa de irritación.

El agente más activo que llena este objeto es el ácido bórico, tomado al interior en sellos ó solución á la dosis de 1 á 2 gramos por día. Un gramo de ácido bórico aumenta la acidez urinaria, término medio, de 0,40 (en $SO^4H^2$); es decir, un poco menos del cuarto de acidez normal.

Con dos gramos por día se obtiene en poco tiempo una modificación suficiente para dar reacción francamente ácida, desaparición de la fetidez y disminución del pus.

Bajo el punto de vista acidificante, el ácido bórico es superior al ácido clorhídrico y al benzoico; además, el ácido bórico es diurético, favoreciendo la eliminación renal. Para terminar, diremos que se ha exagerado mucho respecto á la toxicidad del ácido bórico; su prudente empleo pone á cubierto de accidentes.

CARLOS NEGRETE

# TRABAJOS DE LABORATORIO

## Y SUS APLICACIONES CLÍNICAS

**Acción de las sustancias tóxicas del esclerostoma sobre el organismo animal. Investigaciones experimentales**, por M. M. Weinberg y M. Leger. (*Société de Biologie*, n.° 14. 17 Abril 1908. Laboratorio de M. Metchnikoff.)

En una reciente comunicación, Weinber expuso que existe en los caballos que alojan esclerostomas una pigmentación más ó menos acentuada de ciertos órganos. Como el pigmento es de origen sanguíneo, pensó que las sustancias tóxicas segregadas por el esclerostoma penetran en el torrente circulatorio y destruyen los glóbulos rojos; los productos de desagregación de éstos son llevados al hígado y al bazo por los macrófagos.

Para comprobar si esta hipótesis era cierta, los autores de la presente comunicación han querido valerse de la experimentación en cavias.

Han sometido á inyecciones hipodérmicas de extracto de esclerostomas á varias cavias. El extracto se obtuvo triturando diez cabezas de esclerostomas en un c. c. de agua fisiológica, centrifugando y decantando.

En el bazo de todas las cavias á quienes se les inyectó el extracto se encontró la pigmentación ya mencionada; pigmentación mucho más acentuada en aquellas cavias inyectadas con extracto no calentado. Rara vez se halló la pigmentacion en el hígado; solamente algunas veces se encontraron células pigmentarias en los capilares de los lóbulos.

Relatan el resultado de sus investigaciones sobre las modificaciones de la fórmula leucocitaria de las cavias después de haber sido sometidas á las inyecciones del extracto de esclerostomas.

Seis cavias fueron inyectadas con extracto calentado, por vía hipodérmica y peritoneal, á la dosis de 0,50 á 2 c. c. Se produce rápidamente una reacción acidófila característica (hasta el 19,8 por 100 de eosinófilos), cualquiera que sea el método de inyección elegido, y aparece generalmente desde el día siguiente en la primera inyección. No es proporcional á la cantidad inyectada.

La proporción centesimal de las células acidófilas, después de haber alcanzado su máximo con rapidez disminuye gradualmente, aunque permaneciendo más elevada que en el animal nuevo.

*Conclusiones.*—Las investigaciones experimentales, así como el estudio de los órganos de caballos atacados de esclerostomiasis, de-

muestran que las sustancias hemotóxicas segregadas por los esclerostomas penetran en el organismo y destruyen los glóbulos rojos, cuyos productos de desintegración son llevados al bazo por los macrófagos.

La eosinofilia que se encuentra en los caballos afectos de esclerostomiasis no es de origen infeccioso, sino que depende de la acción de las sustancias segregadas por los parásitos.

MARIO SPERÁFICO

---

**Investigaciones sobre el origen de las precipitinas,** por el Dr. J. Cantacucene. (*Ann. de l'Inst. Pasteur.* 25 Enero 1908.)

El autor de este importante trabajo se ha valido del conejo como animal de experimentación y como antígeno del suero normal de caballo no calentado. Las dosis de antígeno, inyectado unas veces bajo la piel y otras en el peritoneo, han variado de 5 á 20 c. c. en una sola vez.

Las emulsiones de los órganos linfoides (bazo, ganglios linfáticos, medula ósea, etc.) de los animales así tratados producen, al mezclarse con el suero normal de caballo, un enturbiamiento, perceptible sólo algunas veces con la ayuda de la lente.

He aquí las conclusiones que saca el autor de sus experiencias.

Existen en el organismo normal del conejo pequeñas cantidades de anticuerpos, que se precipitan por los sueros extraños. Para provocar la elaboración de estas precipitinas en cantidades notables, basta excitar enérgicamente la actividad de los órganos ó la de los elementos celulares libres que constituyen sus puntos de formación: una infección, una inyección de aleurona en la cavidad peritoneal, bastan con frecuencia para conseguir este resultado. Estas precipitinas no presentan ningún carácter de especificidad, y aparecen al cabo de algunas horas en los órganos precipitoformadores, que son, ante todo, el bazo, después los ganglios mesentéricos, y por último, la medula ósea. Las células de donde derivan son los leucocitos, probablemente los mononucleares. Las precipitinas normales no existen sino en proporción muy débil en los extractos de órganos, cuyo título precipitante no pasa de 1; algunas veces existen vestigios en la sangre.

Cuando se inyecta á un animal un antígeno, tal como el suero de caballo, las precipitinas formadas tienen un carácter de especificidad que falta en el caso precedente. Necesitan para ser elaboradas un período de incubación más largo, y la cantidad segregada es infinitamente más considerable.

Estas precipitinas específicas tienen el mismo origen que las

otras: aparecen de una manera precoz en los órganos linfoides, en particular en el bazo, donde se las encuentra varios días antes de que hagan su aparición en la sangre. Esta elaboración dura poco tiempo, y cuando la sangre se hace precipitante, los órganos precipitoformadores apenas contienen ya anticuerpos.

La riqueza en mononucleares de los exudados precipitantes, la presencia de precipitinas en los órganos ricos en macrófagos (bazo, ganglios), la enorme sobreproducción de mononucleares que se observa en estos mismos órganos después de una inyección de suero, la mononucleosis de la sangre, todos estos hechos ayudan en favor de la hipótesis que, entre los leucocitos, es á los mononucleares á quienes está encomendada la elaboración de los anticuerpos.

La inyección subcutánea de antígeno da lugar á una producción general de anticuerpos mucho más abundante que la inyección intraperitoneal. En este último caso se observa sobre todo una producción local de precipitinas que tienen un carácter francamente específico.

DR. MORENO MELGAR

---

**Propiedades de los colloides utilizados en terapéutica,** por G. Rignoir. (Comptes rendus de la société de Biologie, núm. 6, 1908.)

Si á un coloide artificial se le añade un cuerpo medicamentoso, el valor terapéutico de este último se aumenta.

He aquí varios hechos en apoyo de esta afirmación. Á una enferma de pielo-nefritis se le inyectaron diez gotas de permanganato de calcio al 0,50 por 1.000, sin que se apreciase modificación alguna en el proceso: estas diez gotas se añadieron á 2 c. c. de un coloide artificial (azul de metileno al $^1/_{20}$), obteniendo una solución, de la cual se inyectaron diez gotas diluídas en 1 c. c. de agua: á los dos meses no se encontraron vestigios de pus en las orinas.

En un caso de placas mucosas sifilíticas se inyectaron diez gotas de una solución de sublimado al 1 por 100, sin resultado: se añadieron estas diez gotas á 2 c. c. de una solución de azul de metileno, y de esta solución se inyectaron diez gotas diluídas en 1 c. c. de agua: en tres días las placas desaparecieron.

Fijándonos en otro medicamento, el gomenol: ensayado en las úlceras del cuello de la vejiga la inyección de diez gotas, no produjo ningún resultado: mezclando estas diez gotas á 2 c. c. de una solución de azul de metileno, y añadiendo diez gotas de silicato de sosa al 1 por 100, se obtuvo una solución, de la cual se inyectaron diez gotas diluídas en 1 c. c. de agua: rápidamente se produjo el alivio, y la curación se logró con quince inyecciones.

El mismo éxito se ha obtenido con las mismas inyecciones en la sinusitis frontal, otitis crónica, rinitis crónica y salpingitis.

El autor pensó entonces en hacer asociaciones medicamentosas más complejas. He aquí la fórmula que ha empleado en la tuberculosis. Añade á 2 c. c. de azul de metileno diez gotas de una solución de permanganato de calcio al 0,50 por 1.000, diez gotas de gomenol al 10 por 100 y diez gotas de thiocol á 1 por 100. En la tuberculosis pulmonar de primer grado se logró la desaparición del bacilo, en un espacio de tiempo que osciló entre dos y tres meses. En la de segundo grado, la curación se obtuvo entre los ocho y doce meses. En un caso de pneumonía caseosa, actualmente en tratamiento, la expectoración se hizo moco-purulenta, el estado general ha mejorado, con un aumento de peso de 8 kilogramos al cabo de seis meses de tratamiento.

También se ha ensayado la misma inyección en los tumores blancos de la rodilla, la enteritis tuberculosa y la amigdalitis tuberculosa, recobrando los pacientes su normalidad, y estando, por tanto, en curación aparente.

Recientemente ha curado Mr. Rignoir á un enfermo operado el año anterior de testículo tuberculoso, y en el cual el otro testículo, al seguir el mismo camino que el extirpado, tenía al enfermo en vísperas de sufrir una nueva intervención. Después de la segunda inyección, el enfermo pudo andar sin dolor, y el escroto, violáceo y muy edematoso, recobró su color y su consistencia normal. Al principio, las inyecciones fueron diarias durante veinticinco días; después, y en vista del persistente alivio, se fueron distanciando, y actualmente se le inyecta cada cuatro días. El testículo ha recobrado en parte su forma normal. Todavía se perciben tubérculos en la parte posterior, con algunos puntos dolorosos á la presión.

Mr. Rignoir ha ensayado la misma inyección en la forunculosis rebelde: desde la cuarta inyección el alivio es manifiesto; la curación exige unas diez inyecciones, por término medio.

He aquí la fórmula que emplea contra el cáncer: á 2 c. c. de azul de metileno al $^1/_{20}$ añade diez gotas de sublimado al 1 por 100, diez gotas de una solución de tripsina al 1 por 100, y diez gotas de arrhenal al 5 por 100: inyecta diez gotas de esta solución diluídas en 1 c. c. de agua esterilizada. Ha obtenido la desaparición del tumor en tres casos de cáncer del estómago: después de cesar el tratamiento, uno ha recidivado al cabo de un año. Se volvió á las inyecciones; en tres meses el estado general se hizo excelente, el peso ha aumentado, y no se nota nada á la palpación.

El mismo éxito ha obtenido en un caso de cáncer de la mama, no operado, con adenitis axilar, y en una recidiva de cáncer de mama,

reproducido en la cicatriz dos meses después de la operación. Al principio del tratamiento existía una ulceración de la piel, del tamaño de una moneda de dos reales, pero sin interesar todo el espesor del dermis. A la segunda inyección la ulceración se cicatrizó.

El mismo éxito se logró en dos casos de cáncer del cuello del útero, no operados.

En dos casos de ulceraciones cancerosas, actualmente en tratamiento, ha comprobado la desaparición rápida de las hemorragias, del olor, la tendencia manifiesta á la cicatrización, la disminución de dolores y la mejoría en el estado general.

Empieza por hacer una serie de inyecciones diarias durante quince á veinte días, ó aun más, hasta que el alivio sea manifiesto. Si éste no se produce desde las primeras inyecciones, no hay que esperar del tratamiento más que un alivio y una supervivencia.

*Conclusiones.*—¿Qué deducir de estos hechos?

Sería prematuro considerar estas curaciones como definitivas, y precisa el transcurso de años para juzgar si lo son ó no; pero puede deducirse que añadiendo dosis infinitesimales de uno ó más cuerpos á un coloide artificial, se aumenta considerablemente el valor terapéutico de estos cuerpos.

G. Gaona

# BIBLIOGRAFÍA

**Tratado práctico de terapéutica infantil médico-quirúrgica**, por los Dres. Paul le Gendre, médico del hospital Lariboisière, y Aug. Broca, profesor agregado á la Facultad quirúrgica del Hospital de niños enfermos. Décima edición completamente reformada. Con un formulario, una tabla posológica y 170 figuras en el texto. Obra recomendada por la Academia de Ciencias y la Academia de Medicina. París. G. Steinheil, editor; 2, rue Casimir-Delavigne, 2. 1908.

Esta obra, digna de una lectura menos rápida que la que hemos podido hacer para presentarla lo antes posible á los lectores de la Revista Ibero-Americana, nos merece un juicio, más que favorable, verdaderamente entusiasta y apasionado, viniendo á llenar un vacío hace mucho tiempo sentido en la biblioteca, no sólo de los especialistas, sino de los médicos en general; porque si hay mucho escrito, y no dudamos que muy bueno, respecto de terapéutica infantil, adolecen en general las obras que conocemos, tanto de exceso de doctrina como de falta de técnica terapéutica, que en esta interesante obra comprende de un modo detallado y extenso, no solamente la farmacología, sino hasta la dietética y la higiene terapéutica, regladas y con aplicaciones concretas.

Después de un estudio á modo de introducción, en el cual los autores dan á conocer las cualidades que debe reunir el médico dedicado á la especialidad de niños; los problemas especiales que en la terapéutica infantil se hace preciso resolver; los procesos de patogenia, las particularidades fisiológicas del organismo en las primeras fases de la vida, y hasta su idiosincrasia para ciertos medicamentos, divide la obra en dos partes. La primera, que constituye un tratado completo de la higiene del niño sano y enfermo, principia por el estudio de la alimentación; la natural, con las cuestiones á ella referentes, de elección de nodrizas, cualidades que debe reunir, manera de reconocerlas, alimentación á que deben someterse, influencia de ésta sobre la composición de la leche, y las alteraciones que ésta sufre por las diversas causas conocidas. Expone luego las reglas á que debe someterse la lactancia materna: reglamentación de las tetadas, cantidad que necesita el niño según su edad y su peso, é incidentes que pueden presentarse en esta forma natural de la alimentación del niño. Viene á continuación el estudio de la lactancia artificial en general; de las leches de diversos animales, y particularmente de la de vaca; de los fermentos y gérmenes que contiene; de las formas en que se utiliza, cruda, hervida, esterilizada, conservada por la adición de productos antisépticos, por presión de oxígeno, etc., terminando por fijar las reglas precisas á que debe someterse la lactancia artificial, señalando los accidentes que frecuentemente ocurren cuando este régimen se lleva á cabo con abandono ó con torpeza. El capítulo referente á la lactancia mixta es un resumen de los dos anteriores. Y para concluir: cuanto á la alimentación se refiere, sin omitir nada de interés, existe en esta obra un grupo original, que comprende los modos de alimentación de los niños nacidos antes de término, de los enfermos y de los débiles, dando minuciosos detalles técnicos sobre la alimentación forzada, la dieta hídrica, la babeurre y leches fermentadas; la alimentación gradual después del destete, régimen alimenticio que debe seguir el niño ya criado, y hasta el especial también de reducción y de reconstitución, según los estigmas primeros de alguna diátesis futura.

El segundo capítulo de esta primera parte, titulado «Circunfusa y medios terapéuticos externos», es digno del que le precede y de la obra toda, y está consagrado, en primer término, al estudio de todos los agentes físicos en relación con la higiene y la terapéutica infantil: la luz, el frío, el calor, el aire, los climas, los baños á temperaturas y con indicaciones diferentes, climas marinos, baños de mar y minerales termales y fríos, envolturas hidropáticas y otras formas de hidroterapia: gimnasia, masaje, atmiatría, electricidad,

radioterapia, ionización, todo, en fin, cuanto puede pedirse en un tratado de fisioterapia está aquí comprendido; y como digno remate á tan provechoso estudio, pasan luego á ocuparse de los medios terapéuticos externos, tan justamente prodigados en la terapéutica infantil, hielo, revulsivos de todos grados y formas, etc., y hasta la moderna ectasia hiperhémica, conocida por el nombre de método de Bier.

El capítulo tercero, «Las grandes indicaciones terapéuticas», recuerda por su método expositivo una obra hace años muy celebrada y muy leida, que es la terapéutica aplicada de Fonssagrives; y del mismo modo que en aquélla, los autores de ésta separan los medicamentos en grupos pertenecientes á las diversas indicaciones generales: medios de aumentar las evacuaciones y las secreciones, de procurar el sueño, de calmar el dolor, de bajar la temperatura, opoterapia, antisepsia general y local, etc., etc., y por último (aunque nos parece que no es éste el lugar que le corresponde), termina este capítulo con el estudio de la higiene y desinfección de las habitaciones después de una enfermedad contagiosa.

El capítulo cuarto, «Modo de administración y dosificación de los medicamentos», está dedicado á farmacología general, formas farmacéuticas, inhalaciones, pulverizaciones, lavados, inyecciones hipodérmicas y de sueros; se ocupa, además, del importante problema posológico, al final del cual copia las tablas de dosis, desde la más antigua de Gauvius hasta la moderna de Baguinsky.

La segunda y última parte es un Diccionario completo de patología y terapéutica infantil, y por orden alfabético se pasa revista á todos los estados patológicos del niño, lo mismo médicos que quirúrgicos, á la vez que se señalan sus indicaciones: si éstas son de orden general, están consignadas en la primera parte del libro, y si son más concretas, en un extenso formulario, acompañado de un cuadro de dosis para los medicamentos más uctivos, con cuyo apéndice ponen fin los autores á una obra de tanta utilidad.

La parte material no deja tampoco nada que desear: la obra está editada con verdadero lujo, y los 170 grabados que la ilustran están hechos á la perfección.

Dr. Celestino Moliner,
Profesor del Dispensario de enfermedades de niños en el Instituto Rubio.

---

**Cartilla sanitaria contra la rabia.**

Esta cartilla, redactada por la *Sección de Sueroterapia* del Instituto de Alfonso XIII, en cumplimiento de lo dispuesto por la Inspección de Sanidad interior, contiene unas muy bien comprendidas

*Instrucciones* destinadas á prevenir la enfermedad entre las personas, y á combatir su propagación entre los animales. En el primer capítulo se exponen sucintamente las reglas de conducta que deben seguirse en presencia de un animal rabioso, haya ó no agresión; y en el segundo se detallan las medidas sanitarias destinadas á combatir la difusión de tan terrible enfermedad.

Sinceramente felicitamos á la «Sección de Sueroterapia» del Instituto, que dirige el eminente Dr. Ramón y Cajal, por su trabajo de vulgarización científica, en el que, prescindiendo de doctrinas y tecnicismos, se compendia aquellos conocimientos verdaderamente prácticos y útiles que ya han pasado á ser sentencias aforísticas. La *Cartilla sanitaria contra la rabia* es, en suma, una recopilación de consejos y medidas perfectamente concebidos y expuestos, y que cumplen á satisfacción su objeto de evitar la propagación de la hidrofobia. Su lectura es provechosa á médicos y profanos.

---

**Los primeros socorros en los accidentes repentinos,** por el Dr. Federico Von Esmarch. Segunda edición española, por el Dr. Reig Gascó.

Con decir que las «Lecciones para las escuelas samaritanas», del profesor de la Universidad de Kiel, han sido traducidas veintisiete veces á lenguas extranjeras, y que la traducción presente lo es de la veintiuna alemana, se comprenderá la favorable acogida que ha tenido este tratado de cirugía popular, destinado á divulgar aquellas nociones más elementales, pero suficientes en muchos casos para salvar la vida de un semejante. Este Manual, cuidadosamente impreso, está ilustrado con 150 grabados y 2 láminas en colores, que facilitan la comprensión del texto. La enseñanza humanitaria y práctica de esta obrita, que en Alemania se da por la «Asociación samaritana», y en Inglaterra por los «Caballeros de San Juan», podría establecerse en España, es una opinión, por la «Cruz Roja», como lo está ya en otros países, donde estas Lecciones son aprovechadas por millares de personas, que reciben así una instrucción sanitaria de lo más útil.

---

**Progresos de la Medicina y Cirugía en 1907.** Introducción y versión castellana, por el Dr. A. Tiffon.

Cuatro autores ya conocidos, los Dres. Laguesse, Fredéricq, Létienne y Enrique Hartmann, se han encargado de darnos á conocer en esta obrita aquellos conocimientos más modernos que, durante el año pasado, han visto la luz pública en Anatomía, Fisiología, Medicina y Cirugía, respectivamente. La lectura de este librito re-

sulta muy interesante é instructiva, sobre todo en el capítulo de Fisiología, donde se anotan curiosidades de gran mérito. Es también muy notable, en la sección de Medicina, el trabajo sobre arterio-esclerosis. La traducción, esmeradísima, merece felicitar á su autor, clínico de gran renombre en esta corte.

---

**Diagnóstico precoz de la tuberculosis.** Contribución al estudio de la oftalmo-reacción, por J. Pérez Mateos. Tesis del doctorado.

Memoria muy documentada, con observaciones personales perfectamente clasificadas y comentadas. El autor demuestra haber estudiado á fondo el valor de la oftalmo-reacción como medio diagnóstico y como elemento de pronóstico en la tuberculosis, condensando su opinión, resultado de las experiencias propias y ajenas, en las siguientes conclusiones provisionales: «1.ª La oftalmo-reacción es un sencillo y seguro método auxiliar de la clínica para hacer el diagnóstico de la tuberculosis. 2.ª El método de Calmette es de una inocuidad absoluta, y por ende no produce el más ligero accidente si se observan con rigor los preceptos de una buena técnica. 3.ª Tiene asimismo algún valor como elemento de pronóstico si se comprueba nuestro parecer de que la intensidad de las reacciones está en razón inversa de la gravedad de las lesiones. 4.ª La oftalmo-reacción puede prestarnos muy buenos servicios para la profilaxis de la tuberculosis.» Reciba nuestra enhorabuena por su trabajo el Dr. Pérez Mateos, á quien seguramente esperan nuevos triunfos en su carrera.

A. Mut

---

# SECCIÓN PROFESIONAL

CARTA ABIERTA

## Contestación á la del Dr. D. Antonio Mut

**sobre la administración de los anestésicos**

Mi querido amigo y compañero:

Oportuno, como siempre, llama usted mi atención sobre un asunto que ha sembrado la alarma lo mismo en Francia que en Inglaterra, suscitando largos debates en las sociedades de Cirugía para encontrar la manera de evitar los desastres, bastante numerosos, ocasionados por los anestésicos.

Por fortuna, en España, *aunque nadie debe oficialmente morirse*

*por la acción de los anestésicos,* como usted dice, puesto que esta causa de muerte no figura en la clasificación nosológica que por la Dirección general de los Registros ordena la circular de 30 de Abril de 1880 y la de 12 de Octubre de 1907 respecto á las testificaciones de defunción, puedo asegurarle que son contadas las víctimas que anualmente habrán de registrarse, atribuibles á dicha causa. Cuando se ha presenciado, en las clínicas francesas sobre todo, una anestesia, antes de que á la clásica compresa sustituyeran los numerosos aparatos y las distintas mezclas que hoy figuran en las salas de operaciones, desde luego se comprende que pudieran ocurrir muchos desastres, pues el pobre enfermo se revolvía contra aquella máscara que, chorreando cloroformo, le impedía la más pequeña entrada de aire en sus pulmones, y, jadeante, cansado de luchar, con la cara abotagada, los ojos inyectados, concluía por lanzar el último extertor que llamaba la atención del cirujano, quien se ocupaba desde aquel momento en volver á la vida al infeliz, sin conseguirlo muchas veces.

Nunca se ha seguido en España el sistema de las dosis masivas, y quizá por ello no hayamos tenido que lamentar tantos accidentes.

Sin embargo, tiene usted razón en pedir una clase práctica de anestesia, á fin de que todos los médicos conozcan, no sólo los diferentes anestésicos y su acción en el organismo, sino también la técnica de su administración, las circunstancias individuales que pueden contraindicarlos y la manera de evitar sus peligros en la mayor parte de los casos.

Tan convencido estoy de la necesidad de que la anestesia sea practicada por persona perita en la materia, ya que no especialista titulado, que hace ventiséis años tengo encomendada esta misión á un mismo ayudante, sin que en tan largo período de tiempo haya tenido que lamentar una desgracia; y es tal la confianza que al operador inspira el habitual anestesista, que si por circunstancias especiales se ve obligado un día á sustituirle, tiene que multiplicar sus esfuerzos de atención entre los detalles del acto operatorio y la marcha de la anestesia, creándole una intranquilidad de espíritu poco propicia al éxito y á la rapidez de las intervenciones.

El buen anestesista, para medir la cantidad de anestésico que conviene á cada enfermo que va á ser operado, no necesita, antes bien le molestan, aparatos mezcladores de aire y cloroformo, como los de Vernou, Harcourt y de Ricard, ni reguladores de oxígeno y cloroformo, como el de Roth-Dräger, de extraordinario tamaño: le basta y sobra con la compresa y el hábito científico y práctico de muchas anestesias, previo conocimiento del historial del enfermo y de los datos que le suministra la auscultación.

En cambio, dichas mezclas anestésicas y dichos aparatos reguladores, en manos inexpertas, sólo servirán para avisar el peligro, pero de ningún modo para evitarlo siempre, por no ser posible fijar de antemano la dosis mínima y la dosis máxima del agente anestésico, lo que es cuestión de tanteo con el aparato, lo mismo que con la compresa ó mascarilla.

Reconocida, pues, la necesidad de que todos los alumnos del Instituto sepan manejar á conciencia los diferentes anestésicos, y existiendo, como usted indica, profesores competentísimos en la materia, no puedo menos de asentir á sus deseos, dando por establecida en el próximo curso la *enseñanza especial de anestesia,* esperando que su difusión haga que las escasas víctimas que ella haya podido ocasionar en España se reduzcan á cero, para poder decir con verdad «que en nuestro país nadie muere por la acción de los anestésicos, ni oficial ni oficiosamente».

EUGENIO GUTIÉRREZ

---

LAS ENFERMEDADES CONTAGIOSAS EN LAS ESCUELAS.—M. Briand, ministro de Instrucción pública de Francia, dirigió á las escuelas públicas una circular recordando las medidas que deben tomarse para evitar la difusión de las enfermedades contagiosas.

He aquí el extracto:

*Viruela.*—Aislamiento de los niños enfermos (duración: cuarenta días). Destrucción de sus libros y objetos de escritura. Desinfección general. Revacunación del maestro y discípulos.

*Escarlatina.* — Abstención de asistencia (duración: cuarenta días). Destrucción de sus libros y demás objetos. Desinfección general. Clausuramiento si en algunos días se producen varios casos á pesar de todas las precauciones.

*Rubeola.*—Abstención: seis días. Aislamiento de los niños menores de seis años.

*Parótidos.*—Abstención sucesiva de cada uno de los atacados (duración: diez días).

*Difteria.*—Abstención (duración: cuarenta días). Destrucción de cuanto con él se puso en contacto. Desinfecciones sucesivas.

*Coqueluche.*—Abstenciones sucesivas (duración: tres semanas).

*Tenia.*—Abstenciones hasta el completo resultado del tratamiento.

---

PROTECCIÓN AL ALCOHOLISMO.—Leemos en la *Gaceta Médica del Sur de España:*

«A la hora en que en algún Estado de la Unión Americana se prohibe en absoluto la venta de bebidas alcohólicas, en nuestro

país se ha desgravado el vino barato, lo que ha producido dos inmediatos é *higiénicos* efectos: 1.°, que en la mayoría de las capitales, como sucede en Granada, están entrando todos los días vagones y vagones atestados de barricas; 2.°, que los Ayuntamientos han cargado sobre los demás artículos de consumo, patatas, carne, aceite, huevos, leche, etc., los arbitrios que dejan de percibir por el vino. De todo ha resultado el mayor encarecimiento de la vida y la protección al alcoholismo. ¿Cuándo se inspirarán los políticos en los dictados de la higiene?»

---

El peligro de los lápices.—Leemos en el *Bol. de la Soc. Protec. de Niños:*

«Un médico inspector de las escuelas de París ha hecho una detenida investigación con objeto de precisar las causas de una epidemia de difteria desarrollada entre escolares, logrando averiguar que era debida al uso de lápices repartidos todas las mañanas á los discípulos sin tener para nada en cuenta quién los había usado el día anterior.

»Dado el hábito que tienen los niños de humedecer con la saliva á cada instante el lápiz, se comprende muy bien que los gérmenes diftéricos pudieran pasar de la boca de unos á la de otros, posibilidad que se comprobó en este caso, pues al disponerse que cada escolar usara lápiz propio é intransferible cesó la epidemia.

»El hecho es instructivo y merece ser conocido, porque, como se comprenderá, no es la difteria la única enfermedad que puede transmitirse por este medio.»—(De *La Salud Pública.*)

**D. EDUARDO MORENO ZANCUDO**

3 Febrero 1853. + 21 Septiembre 1908.

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

**D. EDUARDO MORENO ZANCUDO**

3 Febrero 1853. † 21 Septiembre 1908.

# El Dr. D. Eduardo Moreno Zancudo.

No pueden ser motivos el afecto y la relación bien conocida de discípulo perseverante y disciplinado que me unían á él, para que me detenga en su justo y merecido elogio. Los convencionalismos sociales, no siempre en armonía perfecta con la lógica, impiden ó coartan á los más allegados ó íntimos para la debida alabanza de los propios ó de los cercanos, siendo quizá los únicos que pueden hablar de ellos con más certeza por conocer mejor que nadie su valer, su temple y sus esfuerzos. De su silencio nacen ó arrancan no pocos errores ó notorias inexactitudes en el relato de su vida, de que no es dable formar idea por los datos escuetos que da el Registro civil ó la lista de sus producciones, sino, mejor que nada, por la convivencia, que hace apreciables sus condiciones, su proceder y su obra.

Y esto de aplicación general, la tiene muy particular con el Dr. D. Eduardo Moreno Zancudo, á quien lo numeroso de la clientela no consentían la holgura necesaria de tiempo para legar á sus contemporáneos todos los frutos de su saber é inteligencia, y era necesario apreciarlos en el continuo hacer de su práctica entendida y acertada, que solicitaban con tanto empeño y sostenían con tanto afán numerosos enfermos.

Testigo no pocos años de esta labor, en que he hallado mis primeras y quizá más provechosas enseñanzas, sirviendo á la verdad, y sin vanas lisonjas, puedo y debo testimoniarla.

Nació el Dr. Moreno Zancudo en La Oliva de Mérida (Badajoz), en 21 de Julio de 1853, siendo su señor padre durante muchos años Inspector de primera enseñanza, de tan relevantes condiciones é inteligencia, que sus subordinados se honraron dándole pruebas solemnes de su estimación, que su hijo recordaba luego con natural alegría y enseñaba con justo orgullo.

Vivo é inteligente desde la primera infancia, cursó con gran aprovechamiento los estudios del bachillerato, que terminó aun casi niño. Comenzó en seguida los de Medicina, siguiéndolos con tanto fruto, que obtuvo siempre calificaciones brillantes y casi tantos pre-

mios como asignaturas. A los diez y nueve años recibió el grado de Licenciado, y un año más tarde el de Doctor, siendo uno de los más preclaros alumnos del Colegio de San Carlos, en época que el azar reunió en él inteligencias tan claras, talentos tan finos y palabras tan elocuentes como las de Cortezo, Gimeno, Espina, Pulido, Ustáriz, Simarro, Ulecia, Comenge, González Álvarez, Isla, etc., que habían de ser, han sido ó son, honor y gloria de la Medicina española.

Dos años más tarde de concluída la carrera ingresaba, en 1875, por oposición, en el Cuerpo de Médicos de Baños, en cuyo escalafón ocupaba en la actualidad el número 9, dedicándose con verdadero entusiasmo al estudio de la Hidrología, á su difusión científica y á la organización y mejora del Cuerpo. De esta primera etapa de su vida profesional queda honda huella en la *Sociedad de Hidrología médica,* en cuyas tareas colaboraba como el que más, y en los *Anales* de dicha Sociedad, en que publicó numerosos artículos, siendo su redactor-jefe primero, y más tarde su Director durante algunos años. De entonces data también la íntima y continua amistad, que el tiempo no ha hecho más que aquilatar, y sólo ha quebrado la muerte, con numerosos hidrólogos, y en particular con los competentísimos doctores D. Manuel Manzaneque y D. Clodomiro Andrés, que lloran su muerte como la de un miembro de la familia.

*El tratamiento termal durante el embarazo.—Neuralgias y su tratamiento hidro-mineral.—Algas termales,* obra premiada con medalla de plata en la Exposición Minera (1883).—*Hidroterapia en la infancia* (1885).—*Sobre las aguas minerales,* premiada con medalla de oro en la Exposición Universal de Barcelona (1888).—*Fuentes minerales de España más importantes en el tratamiento de las enfermedades útero-ováricas,* premiada por la Sociedad Ginecológica Española, y otras, recogidas ó publicadas en folletos aparte, son testimonio de esta labor.

Á ellas correspondió Francia nombrándole en 1884 miembro de la Sociedad Hidrológica de París.

Afanoso de ilustración, dedicóse con entusiasmo y perseverancia al estudio de los idiomas, y en una época en que saber el francés, que poseía, era una rareza, llegó á dominar el alemán, que utilizó, de una parte, para verter al castellano, en 1883, la obra *Diagnóstico de las enfermedades internas*, de Jacks, de la tercera edición alemana; y de otra, para su cultura por el estudio de las obras alemanas.

Conoció bien pronto, sin embargo, que ni la Hidrología, como base científica, ni la Medicina general, como práctica uniforme, eran suficientes al logro de la posición ambicionada, y adivinando que el porvenir era de las especialidades, se lanzó á ellas con propósito de-

cidido, y rumbo incierto al principio. Porque pocos saben, y bueno es no callarlo, para que no se descorazonen los jóvenes á la primera tentativa infructuosa, que sus primeros pasos fueron á la oculística, que hubo de abandonar al poco más del año, para dedicarse en 1883, espontáneamente ó por sugestión del eminente hidrólogo D. Marcial Taboada, al estudio asiduo de las enfermedades del aparato digestivo. Era entonces la obra preminente el *Tratado* de estas afecciones de *Ewald*, y le tradujo del alemán al español, publicándolo con verdadero lujo «El Cosmos Editorial», y enriqueciéndole con algunas notas, y en apéndice, la hermosa conferencia dada en el Ateneo Antropológico acerca del *Tratamiento hidro-mineral de las enfermedades del estómago;* fresca aún por lo sano y vigoroso de su doctrina.

Realizaba á la par importantes comisiones, y entre ellas la de estudiar y comprobar los trabajos que el Dr. Ferrán llevaba á cabo en Valencia en 1885, de inoculación anticolérica, con extraordinaria resonancia, desempeñándolas todas con seriedad y notorio acierto, y padeciendo por ello el cólera cuando estaban en Zaragoza.

Con arrestos y perseverancias extraordinarias inició y consiguió, sin ambiente propicio y en este país de apatías, llegar á realizar en 1888 un Congreso nacional de Hidrología Médica, logrando tuviera éxito grande y unánime. Para testimoniarlo le regalaron sus compañeros una magnífica placa conmemorativa, con entusiasta dedicatoria.

Desempeñó por estos años la dirección de las aguas de Elorrio y Nanclares, y su gran crédito le hacía ya el médico preferido y el consultor obligado. De educación esmeradísima, cultura sólida y perspicacia extraordinaria, se imponía bien pronto en todas partes como necesario, contribuyendo á ello no poco la amenidad de su trato y su fino gracejo, algo en contraste con su aspecto serio y mesurado.

Dedicado en cuerpo y alma á la especialidad, hizo numerosos trabajos, y publicó sucesiva y asiduamente multitud de artículos, figurando entre ellos: *Las aclorhídrias; Reflejos gastro-intestinales; Neurastenias de origen gastro-intestinal; Formas raras del cáncer gástrico; Estrecheces del esófago*, etc., etc.

Su esfuerzo y perseverancia fueron bien pronto fructíferos á su bienestar y á la Medicina patria, pues consiguió hacer arraigar en España su especialidad, fundándola con verdero carácter científico, por utilización de cuantos recursos suministraban las ciencias auxiliares y la Medicina toda, para la exploración diagnóstica y tratamiento adecuado de las dolencias del aparato digestivo. Florón insigne que no puede negarse á su corona. Porque si bien es cierto

que tales procederes eran de aplicación reciente, pero rápidamente difundida en el extranjero, y muy en particular en Alemania, no eran aquí empleados, y se veía y trataba á los enfermos, de la manera empírica que la Medicina anterior al empleo de la sonda gástrica había hecho habitual.

Sus éxitos clínicos fueron pronto numerosos, brillantes y persuasivos, y con ellos su personalidad científica quedó definitivamente constituída, siendo desde entonces grande su visita domiciliaria, y la más numerosa de cuantas hasta ahora han existido su consulta particular de la especialidad.

Y hasta su prematura muerte ha ocupado, sin duda ninguna, en la aceptación general, el primer puesto en ella.

No podía escapar tal valer á la recta penetración del sabio maestro y santo varón D. Federico Rubio, y por ello, á la muerte del Dr. Calderón, le nombró en 1890 Profesor de enfermedades del aparato digestivo en su Instituto de Terapéutica Operatoria, que con tanta justicia se conoce hoy con el nombre del ilustre fundador.

Allí encontró amplio campo su altruismo para el beneficio de los desvalidos, y su laboriosidad para la difusión clínica de su saber. Y entre un núcleo de Profesores, á los más de los cuales su verdadero valer ha mantenido ó sostiene en la cumbre hasta la muerte, tuvo aciertos diagnósticos infinitos y supo hacerse digno del puesto á que le habían encumbrado su labor y sus méritos, siendo numerosas sus notas clínicas, múltiples sus conferencias y fructíferas sus enseñanzas.

No desdeñaba por esto, sin embargo, ir con frecuencia al extranjero á acrecentar sus conocimientos y acudir á las academias, y en la Médico Quirúrgica Española hacía comunicaciones, exponía casos interesantes ó debatía hábilmente opiniones ó pareceres ajenos. Pudiendo afirmarse, de otra parte, que en la última quincena de años todos los periódicos profesionales se han honrado con su colaboración, que solicitaban constantemente con verdadero interés.

Bien ajeno á su próximo fin, no había hecho el índice necesario de sus publicaciones, que por lo numerosas y desperdigadas es tarea laboriosa para ejecutada con atropello de tiempo: de aquí su falta en esta biografía.

El prólogo puesto al *Tratado de Boas* es buena muestra de su correcto y galano estilo. De palabra fácil y clara, gustaba de la amenidad, y no pocas veces, en sus exposiciones ó en sus conferencias, hacía gala de su sano gracejo, no lejano alguna vez de la discreta ironía.

Pocos conocían como él al detalle y empleaban con tanta asiduidad cuantos recursos medicamentosos imponía el progreso ó pro-

ducían las industrias químicas, y daba á su terapéutica variedad y riqueza tales, que era difícil hallar en España quien la hiciera más sugestiva y brillante sin caer en la polifarmacia. La impresión que poducía en este orden á cuantos nos acercábamos á él, era de admiración y de asombro, porque jamás le faltaba en ninguna dolencia el recurso nuevo ó la asociación feliz que á todos nos era desconocida, á tal punto, que en sus manos la materia médica nos semejaba no pocas veces venero inagotable de ignorados recursos. Doce años de verle practicar asiduamente, han consentido dar firmeza absoluta á este juicio.

Su comunicación sobre las *Modalidades clínicas de la hiperclorhidria,* al XIV Congreso Internacional de Medicina celebrado en Madrid en 1903, fué justamente alabada, y como ella, merecen serlo sus lecciones sobre la *Hiperclorhidria é hipersecreción gástrica,* modestamente tituladas apuntes clínicos, con que honró la REVISTA IBERO-AMERICANA DE CIENCIAS MÉDICAS en 1906. En la misma están también las notables conferencias clínicas acerca del *Cáncer gástrico,* dadas, además de otras, en el Instituto Rubio en 1907. Lástima grande que no llegaran á publicarse las que dió en el mismo, el año pasado, sobre *Crísis gástricas.*

Y allí estaría aún asiduamente laborando, sin las insidias de la afección que le ha arrebatado tan prematuramente.

Por ello, la brusquedad de su muerte, cuando creía gozar de salud absoluta, nos consternó á todos. Hallábase en el balneario de La Toja (Pontevedra), donde le llevó más que nada la amenidad del sitio y su íntima y estrecha amistad con significadas y eminentes personalidades políticas y económicas, residentes en las cercanías, que acudieron presurosas á honrar al muerto ilustre, consolar á la familia y facilitarles los medios posibles para su inhumación provisional en Pontevedra, en el panteón de los Excmos. Sres. Marqueses de la Riestra, hasta que sea factible su traslado al que la familia tiene en Madrid.

Escasos para su valer son los honores oficiales con que fué honrado en vida, á pesar de su mérito preeminente; y sin la gran cruz de Alfonso XII, que tan dignamente le había sido conferida, podría decirse que el Estado oficial le desatendía con poca justicia, dejando de cumplir su deber de honrar y premiar á cuantos por su inteligencia y labor se destacan haciendo progreso y cultura nacionales; hecho que contrasta con la unanimidad del respeto común y la solicitación constante por la numerosa y más encumbrada clientela.

Dolíase poco de aquella preterición, porque sus goces no estaban en la vanidad social, sino en la intimidad de su familia, única á la que ha dedicado siempre la efusión toda de todos sus afectos, y en la

que tenía todos sus placeres y sus más vivas y constantes alegrías. De ahí el vacío inmenso qne en ella ha dejado, que no cabe intentar llenar con el afecto de los amigos, y para la que toda expresión ha de estar lejana del consuelo. Quizás la hallen más en su religiosidad sincera y en la del ilustre finado. Y debe, y es menester que la encuentre su hijo, médico distinguido hace ya años, en la continuación de la honrosa labor en que ha sido educado, y que supo poner tan alto su apellido. Su concurrencia asidua á las clínicas, sus viajes al extranjero con su señor padre, y sus años de práctica al lado de él, son garantía de que así ha de suceder.

Vicedirector del Instituto, deja en él vacío difícil de llenar, porque todas sus grandes y valiosas relaciones no las escatimaba jamás para ponerlas al servicio ó beneficio de la Institución; y ahí está, como última prueba, el nuevo camino para carruajes con que el Estado la ha favorecido, logrado casi exclusivamente por sus relaciones particulares con el ilustre político Sr. González Besada, que le honraba con grande afecto, del que ha dado sinceras pruebas.

Su lugar como maestro queda, cuando menos por ahora, desierto; y como ocupar es muy distinto de poseer, será necesaria una ruda y perseverante labor para merecerlo.

Su digno ejemplo debe ser estímulo para todos.

Y honroso galardón seguir sus pasos.

R. Luis y Yagüe

18 Octubre 1908.

# SECCIÓN CLÍNICA ORIGINAL

## NOTAS CLÍNICAS

### NUEVOS INSTRUMENTOS DE PERCUSIÓN CLÍNICA (1)

POR EL DR. B. MALO DE POVEDA

Secretario general de la Comisión permanente contra la tuberculosis.

Superfluo y hasta impertinente sería encomiar aquí la importancia de medio exploratorio tan útil y á veces tan insustituible como la *percusión*, y muy especialmente la *percusión torácica*.

Desde Hipócrates á la fecha, todos los clínicos han percutido, y percutido con éxito notable, ya valiéndose sólo de los dedos, ya de instrumentos más ó menos imperfectos, que han recibido el nombre de *plexímetros*, *martillos* y *dedales percusores*, cuyas formas y materia han variado según la inspiración y el criterio de los inventores respectivos.

Hipócrates, repetimos, se valió de la percusión abdominal para diferenciar la timpanitis de la ascitis; Auenbrugger empleó y reglamentó la percusión torácica; Corvisart tradujo y propagó en su país el *Inventum novum* de Auenbrugger; Piorry inventó el *plexímetro;* Barry, el martillo percusor; Millot, Andry y el profesor vienés Shcoda, estudiaron y practicaron la percusión, extendiendo sus aplicaciones, perfeccionando su *modus faciendi* y difundiendo la doctrina que justifica el puesto preeminente ocupado por la percusión entre los medios exploratorios clínicos.

***

Si *percusión* en general es la acción de golpear un cuerpo con otro, percusión en clínica ha de ser la maniobra ó procedimiento, mediante el que, golpeando con varia intensidad sobre una región de la superficie del cuerpo, se obtiene un sonido *relacionado con la estructura y densidad de los tejidos y órganos colocados más allá*

(1) Memoria aprobada por la Real Academia de Medicina de Madrid, que premió á su autor con el título de «Académico Corresponsal Nacional», en sesión de 17 de Marzo de 1908, y publicada con su autorización.

*de la superficie golpeada ó percutida,* aunque dentro de la esfera de acción acústica correspondiente ó de percusión.

La *percusión inmediata*, en la que nada se interponía al golpear la región examinada ó percutida, fué pronto reemplazada por la *mediata*, interponiendo los dedos de la mano izquierda entre la región que se ha de percutir y los de la mano derecha ó percusora.

Tal fué el primer paso para la invención del *plexímetro,* como el empleo de éste debió serlo para idear el *martillo percusor.*

En efecto: la *percusión mediata*, *dáctilo-digital* (dedo sobre dedo), en la que la extremidad terminal de los dedos índice y medio, ó sólo del medio de la mano derecha, golpean perpendicularmente en la cara dorsal de los dedos índice y medio izquierdos, aplicados sobre la superficie estudiada, y especialmente sobre la superficie torácica, constituye un procedimiento exploratorio lo bastante perfecto y útil para que, en absoluto, no se le pueda desechar nunca. Tiene, sin embargo, este procedimiento inconvenientes que se ha tratado de evitar con instrumentos de gran sencillez que, haciendo la función de los dedos percutidos y percusores, perfeccionasen el procedimiento exploratorio, completándolo y ensanchando su esfera de aplicación.

Hay que convenir que en la percusión torácica, especialmente en la pulmonar, á sujetos demacrados, que son la mayoría de los necesitados de ella, el dedo reúne condiciones de forma, diámetro, flexibilidad y resistencia tan adaptables al espacio intercostal, que aun eliminado de tal empleo por las razones que apuntaremos en seguida, siempre quedará *como ideal ó modelo imitable* de los instrumentos *(plexímetros)* con que se trate de sustituirle.

Pero aun sentado eso, hay también que confesar que es desagradable para el clínico, y á veces hasta doloroso, el frecuente percutir *dáctilo-digitalmente*, cual sucede en las consultas de *pneumopatología* un poco numerosas, molestia y dolor perfectamente evitables trocando esa forma primitiva de percusión por la *percusión armada,* en la que *plexímetro é instrumento percusor* faciliten el procedimiento exploratorio, haciéndolo nada molesto para el clínico, más soportable para el enfermo, y en ocasiones capaz de suministrar datos más preciosos ó más perceptibles al que explora ó á los que presencian la exploración, cual sucede en la enseñanza de las clínicas.

Para esa *percusión armada* que defendemos, sin excluir en absoluto la *dáctilo-digital*, que tendrá siempre sus aplicaciones justificadísimas, se hacen precisos instrumentos apropiados, que han de reunir para serlo condiciones ó requisitos de forma, materia, etc.,

no tan fáciles de lograr como á muchos ha podido parecer, partiendo de su sencillez verdaderamente elemental.

Estos instrumentos han recibido el nombre de *plexímetro* y *martillo* ó *dedal percusor*. Veamos por su orden las condiciones que deben tener uno y otros, para examinar y decidir luego si las llenan ó no los hasta la fecha ideados y en uso.

### PLEXÍMETRO

El plexímetro, ó instrumento que se ha de aplicar directamente á la región que debe percutirse, ha de reunir las siguientes condiciones:

1.ª Ser de tal forma y dimensiones, que se preste á ser manejado con la mano izquierda fácil y cómodamente para su aplicación y fijación, ya suave, ya más enérgicamente sobre las distintas regiones que puede convenir explorar, y que sea también por su forma adaptable sin esfuerzo ni molestia del enfermo á las indicadas regiones, en las que quedará como *incrustado*, formando al aplicarse como un todo único en la región á explorar.

2.ª Ser de tal materia, que resulte con resistencia (rigidez) bastante para la mencionada adaptación, con elasticidad armónica, con la elasticidad de nuestros tejidos, en los que ha de incrustarse, y tan poco sonora al choque como sea posible, para que el sonido instrumental no empañe, desfigure ó borre el sonido propio de la región percutida.

3.ª Ser fuerte y sencillo en su factura, de modo que resista sin romperse ó descomponerse la maniobra relativamente enérgica á que ha de ser sometido.

Veamos ahora si los plexímetros conocidos hasta hoy reúnen las condiciones apuntadas, que juzgamos indispensables á una perfecta percusión.

***

Clásicamente viene describiéndose el *plexímetro* como «una chapa de metal, marfil, madera, cuero ó goma elástica de unos 4 centímetros de anchura por 6 de longitud, con dos pequeñas aurículas para mantenerlo en posición. En una de sus caras suele haber una escala milimétrica».

El siguiente dibujo da exacta idea del plexímetro más corriente, y que de más antiguo conocemos.

Pese á la anterior definición, nosotros no hemos encontrado en el comercio de instrumentos médicos

plexímetros de *cuero* ni de *goma elástica;* todos los que hemos visto y hemos buscado mucho, han sido de metal, marfil, madera ó materia dura y sonora como las citadas.

El plexímetro ya dibujado, sin duda el más usual, tiene los siguientes defectos:

1.° Por lo pequeño de sus aurículas, y estar éstas tan en las proximidades de la placa sobre que ha de percutirse, se sujetan muy mal por pulgar é índice izquierdos, invadiendo éstos en cierto modo el campo que ha de explorarse, y que conviene esté más desembarazado de obstáculos.

2.° Por ser una placa *completamente plana*, si se aplica sobre un tórax algo enjuto, y doblemente si está verdaderamente demacrado (hecho frecuentísimo), lejos de adaptarse, como debiera, forma un *puente sonoro* que, imposibilitando la percusión verdad de los órganos subyacentes, es además molesto y aun insoportable al enfermo, que siente comprimidas, sus superficies costales por algo tan duro como las costillas mismas, cuales son el marfil ó la madera que forman la placa pleximétrica, y

3.° Que aun en los casos en que, por la buena nutrición del enfermo, se adapte bien el plexímetro, la placa de éste, ya sea de madera, marfil, celuloide, etc., da á la percusión, con el dedo ó con martillo ó dedal percusores, un sonido seco y alto, que aunque varíe de tono, según las distintas regiones, se separa ó desvía mucho de los sonidos propios de esas mismas regiones en la percusión dáctilo-digital, que hemos considerado la de resultados más legítimos, siquiera tenga los inconvenientes que antes expusimos.

Creemos, pues, haber justificado de sobra el por qué desechamos el plexímetro que pudiéramos llamar clásico, ya que nos parece el más usado desde Piorry á nuestros días.

Menos defectuoso que el anterior, pero también seriamente defectuoso, es el plexímetro de que damos exacta idea en el siguiente dibujo:

De 11 centímetros de longitud, 23 milímetros de anchura y 2 milímetros de espesor, su doble flexión en ángulo obtuso sobre el plano.

dándole forma que recuerda la del lomo de tenedor ó la de algunos depresores de la lengua, tiene una ventaja inapreciable sobre el anterior, ventaja que á nuestro juicio ha de conservarse en las modificaciones y perfeccionamientos que se introduzcan, y es la comodidad y seguridad que esa forma de lomo de tenedor proporciona para el manejo del instrumento y su perfecta fijación y fácil cambio á las distintas regiones que se exploren.

Construído este plexímetro de metal, madera, marfil, celuloide ú otra materia análoga, y perfectamente plano en cuanto á su forma, tiene, como podrá verse con sólo recordar lo expuesto al analizar el plexímetro anterior, todos los defectos restantes de inadaptación, sequedad del sonido provocado al percutir y sonoridad exagerada (puente sonoro en los individuos demacrados), por lo que muy justificadamente le desechamos según él se encuentra construído.

Demostradas por nosotros en la práctica las expuestas deficiencias de los plexímetros conocidos, se nos ocurrió hacer uno que, no teniendo dichas deficiencias, llenara con la perfección posible su objeto.

Como nuestra idea, aunque modesta, por lo que apuntaremos en seguida, puede parecer más que coincidente con otras análogas, importa, para dejar las cosas en su lugar, hacer breve historia del plexímetro que proponemos.

Encargados de la especialidad de enfermedades del pecho en la Escuela práctica de Especialidades médicas el año 1902, en donde habíamos de ver diariamente, y ante los alumnos, gran número de enfermos de la mencionada especialidad, pronto hicimos notar ante los mismos, así lo penoso de la percusión *dáctilo-digital*, como lo defectuoso de la percusión *armada* ó practicada con plexímetro é instrumento percusor.

Reconocidas esas deficiencias, surgió lógicamente el deseo de evitarlas, y tras el deseo la idea *de un plexímetro que imitase en lo posible la forma del dedo* tenido por nosotros como *plexímetro verdaderamente ideal,* sobre todo para los espacios intercostales.

Al efecto, y como ensayo, encargamos á un ebanista que nos hiciera un plexímetro de boj exactamente igual al de celuloide que acompañamos, y cuyo dibujo va á continuación.

Percutiendo con él, nos convencimos del progreso que nuestro plexímetro suponía, ya que, *sobre manejarse tan cómodamente*

*como el ya descrito en forma de lomo de tenedor,* tenía la ventaja sobre éste de que, *por ser convexo en su cara inferior y un poco más estrecho, se adaptaba y como que se incrustaba perfectamente en toda región percutida,* incluso en los espacios intercostales de los sujetos más demacrados y aun esqueléticos.

Quedábale á nuestro plexímetro todavía *el defecto de producir sonidos altos y secos,* ya se percutiera con el dedo (percusión dáctilo pleximétrica ó mixta) ya con el *dedal percusor* de Letamendi, de que hablaremos en la segunda parte de este trabajo, y que, por lo que entonces diremos, lo teníamos por preferible al martillo percusor de todos conocido, y á otro *dedal percusor* que demostraremos es inferior al de Letamendi.

Notados los dichos defectos de nuestro plexímetro, tratamos de evitarlos, sustituyendo el material duro de que estaba construído, y cuya sonoridad empañaba por fuerza la sonoridad de los tejidos explorados, por otro material *blando,* mejor dicho, *elástico, análogo á los mismos tejidos,* y que sólo podía ser el caucho.

Este material, por su falta de rigidez, no podía formar todo el instrumento, y tuvimos que discurrir para dejarle limitado á la parte del perímetro adaptable á la región, y sobre la cual se percute.

Después de varias pruebas y tanteos, en los que procuramos que la parte rígida ó metálica del instrumento quedase ajena á la percusión, y ésta se realizara sin que las vibraciones de aquélla empañasen en nada la sonoridad producida al percutir, logramos obtener el plexímetro que presentamos, mitad metálico y mitad de caucho, y que, adaptándose á la perfección á cuantas regiones haya que explorar, sin exceptuar las intercostales, y teniendo un sonido propio tan escaso que pudiera justificar para este plexímetro el calificativo de mudo, nos permitió percutir, obteniendo unos resultados que, por lo legítimos, ya que conserva con mínimas modificaciones el sonido de las regiones percutidas de modo análogo á como lo conserva el dedo que hemos llamado plexímetro ideal, creemos que es hoy entre todos los plexímetros el preferible.

Terminado nuestro instrumento, y cuando llevábamos bastantes meses de usarlo, satisfechos de ello, pensamos escribir este trabajo justificativo de su difusión, que consideramos útil, y tratando de documentarla debidamente leyendo á tal efecto, dimos con algunos hechos ó noticias que, por lo que coinciden con nuestra idea primero y con nuestra práctica después, no sólo nos satisfacen, sino que corroboran lo hecho por nosotros.

Si en la definición clásica de plexímetro antes copiada se dice que este instrumento puede ser de goma elástica, el hecho de no existir en el comercio sino plexímetros de materias duras, como el me-

al, marfil, celuloide, etc., justifica que nos hubiéramos olvidado de a posibilidad de hacer plexímetros de aquella substancia, siquiera o leyésemos al estudiar Patología general, por el libro de García olá, hace veintiocho años.

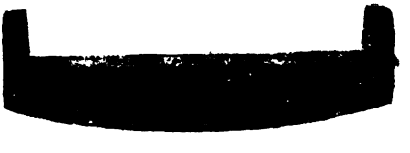
En el libro de Shaly, traducción hecha en Barcelona, y en su página 168, último párrafo, se dice que «se pueden obtener algunas ventajas empleando como plexímetro, confeccionado por cada cual, uno, por medio de un trozo de goma de borrar que no sea demasiado dura, á la cual se dará la forma de un prisma de un centímetro de anchura y cuatro centímetros de largo. Este género de plexímetro presenta la ventaja sobre los ordinarios de que, lo mismo que el dedo, no posee sonido propio ninguno, y además que, á causa de su elasticidad, puede adaptarse fácilmente á los espacios intercostales. Este plexímetro deberá percutirse con el extremo duro (no cubierto de goma) del martillo ó bien con el dedo».

Por la misma fecha en que leíamos esto en el libro de Shaly, satisfaciéndonos que la ingeniosa idea de este ilustre clínico viniera á confirmar lo por nosotros hecho y observado con el plexímetro que presentamos como original, tropezamos con otro plexímetro muy poco conocido, casi desconocido, diríamos mejor, pero que merece mencionarse, dejando su crítica para luego, por haberse inspirado su autor insigne, el reputadísimo clínico Dr. Salazar y Alegret, en una idea armónica y aun coincidente con la nuestra y la de Shaly.

Vimos este plexímetro en la mesa de nuestro sabio amigo é ilustre especialista en enfermedades de pecho, Dr. Espina, que le conserva más como recuerdo y tributo á la amistad que al Dr. Salazar le unía que como instrumento utilizable, pues para esto tiene los defectos que apuntaremos después.

En cuanto al plexímetro improvisado de Shaly, hay que convenir, con sólo llevar á la práctica su idea, en que dista mucho de ser un plexímetro fácil de manejar, de adaptar ni de fijar en los espacios intercostales, cual pretende su autor, puesto que se encuentran en la práctica, é invitamos á que lo pruebe quien lo dude, los mismos inconvenientes que señalamos para el manejo del plexímetro de aurículas, que hemos llamado clásico por ser el más corriente.

Queda, pues, aprovechable del plexímetro de Shaly solamente la oportuna idea de que el plexímetro *ha de ser blando ó elástico y mudo y no duro y sonoro.*



Por lo que se refiere al plexímetro de Salazar, bastará fijarse en el dibujo adjunto, que con exactitud lo representa, para comprender sus inconvenientes.

Es, como se ve, este plexímetro una gran bellota, truncada en sus extremos y seccionada por su eje hasta quedar plana, cuidando en la sección de que ésta no sea total, para dejar dos topes en los extremos, que hacen de aurículas de sujeción.

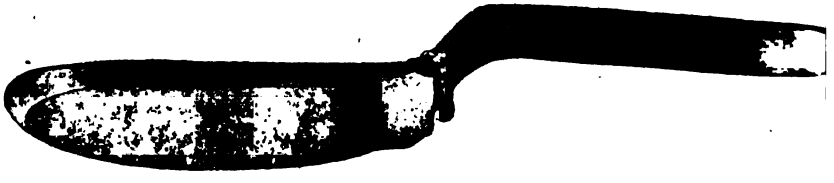
En cuanto al manejo y fijación, tiene este plexímetro las deficiencias apuntadas al plexímetro clásico, y en cuanto á la adaptación tiene el grave inconveniente de que si su convexidad transversal puede adaptarse bastante bien al espacio intercostal, no así la convexidad en el sentido de su longitud, que en muchos individuos demacrados *bascula de un extremo á otro,* siendo también de advertir que el resultado de la percusión *ha de ser necesariamente variable, según se percuta en el centro ó en los extremos, por ser variable el espesor de la placa percutida.*

Conociendo el estetoscopio del mismo Dr. Salazar, que tiene de característico la forma ovalada del pabellón inferior, forma que le hace adaptable al espacio intercostal del enfermo más demacrado, se comprende que la idea del plexímetro es hermana de la que inspiró el estetoscopio, siquiera menos afortunada que ésta.

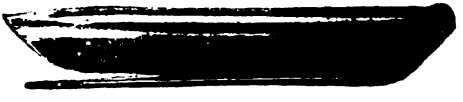
Describamos ahora nuestro plexímetro, y expongamos las que creemos sus innegables ventajas.

### PLEXÍMETRO DE CAUCHO Ó GOMA ELÁSTICA

Compuesto, como hemos visto, de dos partes, metálica ó dura y elástica ó blanda, tiene, como se ve en el dibujo, una plancha de



Abierto.



Cerrado.

caucho, en la que se percute, á la que mantiene rígida una armadura acanalada, de metal, en la cual va embutida la plancha elás-

tica citada. De dicha armadura sale el extremo ó mango en lomo de tenedor, algo más estrecho que la placa, terminado, como ésta, en forma redondeada, y articulado con ella por medio de una charnela que, permitiéndole cerrarse, reduce su tamaño y le hace más portátil.

Este plexímetro reúne, como puede verse en la práctica, las condiciones que hemos exigido á un buen plexímetro. Así, por su forma y dimensiones, se maneja perfectamente con la mano izquierda, se aplica y fija suave ó enérgicamente, según se desee, á las distintas regiones, y de un modo especial á los espacios intercostales, á los que se adapta sin molestia para el enfermo, formando como un todo único con la parte que ha de percutirse. La armadura que sujeta la placa elástica favorece la mencionada adaptación, y la elasticidad del caucho, armónica con la elasticidad de los tejidos, coadyuva á la tan repetida adaptación, así como la escasa sonoridad de dicha materia elástica permite dejar casi intacta, según lo hace el dedo, la sonoridad de la región percutida.

Por último, este instrumento, por su misma sencillez y manera de combinarse las distintas partes de que consta, es sólido y nada expuesto á romperse ni descomponerse.

Como complemento de este plexímetro, y para atender á la más rigurosa limpieza y aun asepsia del mismo al usarle en enfermos cuyo estado reclame todas esas precauciones, lleva una funda de goma, á modo de dedil de cirujano, que se renueva con toda facilidad cuantas veces se desee.

### PLEXÍMETRO DE CELULOIDE Ó MADERA

Es el mismo plexímetro que se ha descrito, con la variante de la substancia que lo constituye, que por ser rígida y homogénea, suma á todas las ventajas del anterior la inapreciable de que su consistencia ha de ser mayor, y su espesor y anchura más reducidos por no necesitar la armadura, que aumenta una de sus dimensiones, ni ser tan gruesa la plancha en que se percute, que aumenta la otra.

Y decimos á todas las ventajas del anterior, porque la única desventaja que surge al emplearlo, la de la sonoridad del instrumento, perceptible en el celuloide y en la madera é imperceptible en el caucho, está subsanada con sólo recubrir este plexímetro con la funda ó dedil de goma, evitador de posibles contagios, de que hemos hablado al describir el otro, y evitador á la vez de su sonoridad.

PERCUSOR

Este instrumento, que manejado por la mano derecha (salvo el raro caso de que el clínico sea ambidextro), ha de golpear en la placa del plexímetro, debe reunir las condiciones siguientes:

1.ª Tener tal forma y dimensiones, que se preste á ser manejado por la mano derecha, y mejor por un solo dedo de la misma, y con soltura compatible con la fuerza apropiada, graduable á los distintos casos de exploración.

2.ª Ser de materia armónica y aun idéntica á la placa pleximétrica, justificándose esa identidad en las razones alegadas en la condición correspondiente exigida para el plexímetro.

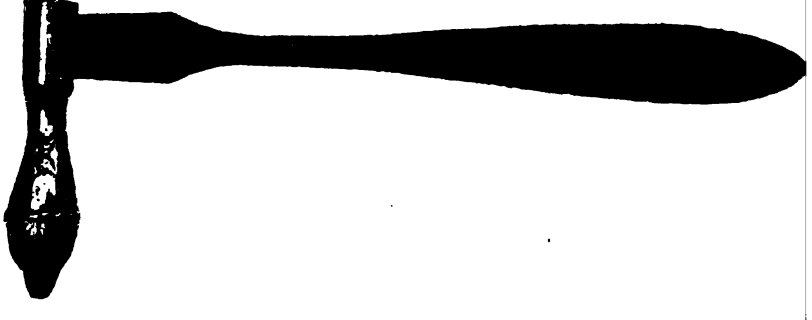
3.ª Ser fuerte y sencillo, cual exigimos también al plexímetro en su condición correspondiente ó tercera, y tener el peso justo, indicador de su objeto, aunque fiando por entero á la fuerza del dedo la energía requerida por el golpe en las distintas percusiones ya superficiales, ya medias, ya profundas, según la situación superficial del órgano explorado.

Veamos, pues, si los percusores actuales reúnen ó no esas condiciones, á nuestro juicio indispensables para una buena percusión.

No conocemos más instrumentos percusores que los en forma de *martillo* y en forma de *dedal*.

De los primeros, ó *martillos percusores,* los más antiguos sin duda, declaramos que nos han parecido siempre, sobre antiestéticos, inapropiados al uso relativamente suave á que por su función se les destina.

Todo martillo da idea de fuerza, de violencia, de maniobra en



cierto modo brutal, bien distinta y hasta opuesta de la sencilla maniobra exploratoria, más suave que fuerte, encomendada al instrumento percusor.

Por todo lo que precede, desechamos de plano los martillos percusores, para ocuparnos exclusivamente de los dedales destinados al mismo fin.

De éstos, citaremos en primer término el de Letamendi, por hallarle preferible al otro que conocemos.

El *dedal percusor de Letamendi* se compone de una cápsula metálica, fácilmente adaptable al extremo del dedo medio, que es el que más corrientemente se emplea, y redondeada en su porción terminal, que va recubierta de un trozo de piel sujeto á una ranura circular que lleva en la parte superior.

Este instrumento percusor tiene la innegable ventaja de la facilidad y comodidad de su uso, y la desventaja, también innegable, de que por su absoluta dureza arranca al percutir *sonidos demasiado altos y secos,* que al tratar de los plexímetros hemos calificado de poco convenientes y aun perjudiciales para una buena percusión.

El otro dedal percusor, cuyo autor nos es desconocido, y cuyo dibujo da buena idea de su inferioridad, comparado con el anterior, consiste en un gran dedil de caucho endurecido, que tiene exactamente la forma de la caña de una bota de montar, y está terminado por una esferilla recubierta por una funda, también esférica, de goma, de bastante espesor.

Este *dedal percusor,* sobre resultar altamente antiestético, tiene el inconveniente de lo engorroso de su manejo por lo mal que se adapta al dedo que ha de percutir, notándose además en la práctica que, si bien por lo elástico de su esfera percusora no da sonidos tan altos y secos como el de Letamendi, sin duda por su forma y la inexacta adaptación entre ambas esferas, el extremo percusor es despedido por la placa percutida, lo que resulta molesto al práctico, produciendo además *un sonido á hueco,* ocasionado sin duda por la interposición de cierta capa de aire entre el dedo que percute y las paredes del exagerado dedal, razones todas más que suficientes para desechar este instrumento.

El uso en nuestra práctica diaria de estos instrumentos percusores y la observación de sus notorios defectos, así como el deseo de contribuir á una percusión lo más perfecta posible, nos dieron la idea de un *nuevo dedal percusor,* que uniese á la comodidad del de

Letamendi la ausencia de sonoridad de éste y del otro á que nos hemos referido.

Al efecto, hicimos construir el dedal, cuyo dibujo y modelo se acompaña, y que consta de tres partes perfectamente ajustadas, pero que facilitan la renovación de la parte terminal, que por ser de caucho está sujeta á desgaste ó deterioro.

La porción que se adapta al dedo que percute es un cilindro hueco, á modo de dedal de sastre, que termina por su parte inferior en una rosca, á la cual se atornilla un anillo ligeramente cónico que lleva embutida á presión la semiesfera de caucho de que hemos hablado, que puede cambiarse siempre que sea preciso por el desgaste del caucho.

Dicho desgaste se evita destornillando las dos partes de que consta el aparato y enchufándolas invertidas.

Examinando nuestro *dedal percusor*, puede verse que reúne las condiciones exigibles y antes expuestas para esta clase de instrumentos, y estudiándole en la práctica ó usándole, se aprecia que ésta resulta de acuerdo con la teoría. Así, adaptándose perfectamente á los dedos índice ó medio, confía á uno de éstos exclusivamente el martilleo percusorio, y sabido es que *la agilidad, la fuerza y la aptitud para graduar una y otra* con exactitud verdaderamente maravillosa, existen en los dedos de la mano derecha, por modo tal y tan completo, como incompleto y defectuoso es el desarrollo de esas mismas condiciones ó aptitudes en la articulación de la muñeca. Los otros requisitos fijados en las condiciones 2.ª y 3.ª, respecto á la materia *muda* de que debe componerse y á la solidez y sencillez que debe reunir, nuestro dedal percusor *las cumple en absoluto*, dando en la práctica, como es lógico, los apetecidos resultados, muy superiores á los que arrojan los demás instrumentos afines.

Una prueba sencilla y convincente de la superioridad de nuestros instrumentos percusores, *plexímetro* y *dedal* descritos.

A quienes, por tener acostumbrado el oído á la percusión con instrumentos duros de madera, celuloide, etc., pueda parecerles que la percusión con instrumentos blandos ó elásticos, como los presentados por nosotros, ha de dar sonidos por menos altos y secos más confusos, invitamos á que hagan una prueba sencillísima al alcance de todos, y en todo momento, y que ha de convencerles de lo fácil que es con nuestros plexímetros y percusor darse exacta cuenta de la naturaleza y estado de la región percutida, en la que se denunciará con claridad notoria una gradación precisa que, empezando en el sonido claro, propio de los órganos que contengan aire, pasa al menos claro, ó de aquellos que contienen menos aire, hasta llegar al oscuro ó á macizo, que caracteriza la falta total de aire en el órgano percutido.

Póngase sobre un sostén macizo un libro encuadernado, de regular volumen y algo usado, para que entre sus hojas haya aire interpuesto; percútase con nuestros instrumentos desde el canto del libro á su lomo, recorriendo lentamente la pasta en línea recta, y se apreciará perfectamente cómo el sonido claro inicial va haciéndose menos claro hasta llegar á oscuro ó á macizo al percutir en las proximidades del lomo, de modo parecido á lo que sucede percutiendo el pulmón izquierdo sano desde su vértice á la región precordial, cuya percusión empieza siendo clara ó pulmonar, y concluye oscura ó cardíaca, habiendo pasado por semioscura, y marcándose con toda exactitud la macicez relativa y la macicez absoluta correspondientes al órgano cardíaco.

## CONCLUSIONES

1.ª La *percusión armada ó instrumental* con *plexímetro* y *agente percusor,* es una necesidad en la clínica, y muy especialmente en la clínica de enfermedades del pecho.

2.ª Los instrumentos percusores conocidos hasta la fecha *son defectuosos, así por su forma como por la materia ó substancia de que están construídos,* siendo por todo ello defectuosa en distintos conceptos la percusión que con ellos se realiza.

3.ª Los instrumentos de percusión, *plexímetros y dedal percusor,* ideados por nosotros y descritos en esta Memoria, *reúnen á las ventajas de los antiguos la evitación de sus graves defectos,* realizándose con ellos una percusión, por más cómoda para enfermo y médico y más exacta ó legítima en sus resultados, en todos conceptos *más perfecta y recomendable.*

Madrid, Diciembre de 1907.

# ALGO SOBRE TRAUMATISMOS DEL CODO Y SU TRATAMIENTO

POR A. MARTÍNEZ ÁNGEL

Raros son el congreso y número de revista quirúrgicos donde no salga á colación el asunto de las fracturas del codo y su tratamiento. En el cual asunto, según mis cortas luces, no hay más que un problema á resolver, el de la movilidad.

Si se tiene en cuenta lo importante que para las funciones de la extremidad torácica es el juego fácil y amplio de dicha articulación, bien se le alcanzará á cualquiera, que el problema obsesione y preocupe á todos los cirujanos; con tanto mayor motivo, cuanto que, á pesar de los medios empleados, no en todos los casos se logra el fin deseado.

Cuando la articulación del codo se destroza de tal suerte que cada fragmento epifisario sale por su lado, con facilidad se explica que la movilidad esté seriamente comprometida, y que por esta razón hayan propuesto los cirujanos tantos y tan diversos medios de tratar estas eversiones llamadas fracturas intraarticulares, todos ellos encaminados al laudable propósito de garantizar aquella función.

De todos los arbitrios ideados, el que á primera vista parece más racional es el que consiste en reducir á posición anatómica los fragmentos y mantenerlos fijos á *todo trance* hasta consolidación. Pensando lógicamente, los que así discurren, que cuanto más anatómica quede la parte, la función ha de ser más perfecta; por esa correspondencia que la naturaleza nos ofrece siempre entre el órgano y su función, la función y su órgano.

Verdad es, que el fijar fragmentos tan chicos como suelen ser los de las tales fracturas, entre sí y á la diáfisis respectiva, no es cosa fácil; pero el ingenio y el arte de los modernos cirujanos subsanan estas dificultades de técnica; y la cuestión quedaría resuelta si el problema no tuviera otro intringulis más que éste de la restitución *ad integrum* de la forma y configuración de la parte.

Mas es el caso, que en ocasiones, y no en pocas por desgracia, fracturas de codo admirablemente tratadas desde el punto de vista anatómico, son luego, desde el funcional, si no un desastre, poco menos. Fracturas de esta clase, primorosamente reducidas y mantenidas en posición, en las cuales la radiografía nada tuvo que reprochar al cirujano, han sido más tarde, cuando de mover la articula-

ción se ha tratado, un fracaso en cuanto á la amplitud y facilidad de movimientos.

Esto no tendría explicación racional si la función del codo dependiera solamente de la buena disposición de las superficies de deslizamiento; si además de los fragmentos dislocados é interpuestos entre las piezas de su charnela, no hubiera otros motivos de imposibilidad, ó por lo menos dificultad funcional cuando aquél se fractura.

Entre éstos tengo por dignos de consideración, por su frecuencia en presentarse y por las dificultades articulares que crean, á los *exudados* y á la *acción muscular*.

Los exudados son de dos clases: unos, los primeros, son hemorrágicos; y otros, posteriores, los de reparación ósteo-cartilaginosa.

Lo primero que ocurre en toda fractura del codo, como en toda otra fractura, sea la que fuere, es una hemorragia; hemorragia que trae aparejada la formación de fibrina, y por consiguiente, la formación de exudados fibrinosos ó crupales, que se depositan y adhieren, á modo de membranas, á las superficies de la articulación, quitando á éstas toda suavidad y lisura para su deslizamiento, si no se procura la resorción completa de aquéllos, cosa nada fácil; pues eso de que el exudado hemorrágico se resorbe espontáneamente en los primeros días posteriores á toda hemorragia huesosa, como yo he leído en muchos libros, podrá ser verdad, que lo dudo, para la parte globular y para el suero; mas en lo que á la fibrina se refiere, es falso de toda falsedad.

Ya tiene aquí el lector una causa de perturbación funcional de la articulación, en absoluto desligada de la mejor ó peor coaptación de los fragmentos.

Lo segundo que interesa tener en cuenta, desde este mismo punto de vista, y aparte también de la dislocación de fragmentos en las fracturas de codo, es la proliferación reparadora, tanto del hueso como del cartílago.

Dicha proliferación, como todas, iníciase por un exudado. Mientras los productos de éste son blandos, todo va bien; pero en el momento que tienden á organizarse y adquirir el tipo de aquellos tejidos de donde proceden, y el exudado cartilaginoso tiende á hacerse cartílago y el huesoso á hacerse hueso, el primero no adquiere la esmaltina, suavidad y tersura del primitivo de incrustamiento, sinó la aspereza y correosidad del fibro-cartílago; el segundo, si bien es perfecto por lo general, en cuanto á su condición histológica, suele ser rugoso y exuberante, hasta el punto de borrar en muchas ocasiones la articulación, dejándola casi anquilosada ó anquilorada por completo.

Claro está que este último accidente ocurrirá en tanto menor grado, cuanto más perfecta sea la coaptación de los fragmentos; mas esto no empece que por los intersticios ó junturas del cartílago emerjan muchas veces crestones óseos del callo provisional, que suelen hacer de tope, y ser causa de rozamiento cuando no se les mantiene á raya por medio de un tratamiento apropiado.

Pero en mi concepto, no son estos los mayores enemigos, con ser muy poderosos, con los cuales se lucha para obtener el resultado funcional perfecto en las fracturas intraarticulares del codo; al menos no son los que más comprometen y deslucen la obra del cirujano.

Si después de un destrozo muy grande, la articulación queda inservible ó con muy escaso movimiento, la voz de la opinión, esa voluble Euménide, tan temida y á la vez tan buscada por todos los mortales, si no lo justifica, porque al cirujano, y sobre todo al especialista, se le exigen hoy día milagros, al menos encuéntralo disculpable, y pronto borra, con la piadosa esponja del olvido, el percance.

Los que ponen en entredicho y en el índice de incapacidad la inteligencia de un profesor, son aquellos casos en los cuales, no habiendo dejado el traumatismo deformidad ni anormalidad alguna, visible y palpable en el codo, sin embargo, los movimientos de esta articulación quedan, si no borrados, sumamente restringidos, torpes y dolorosos.

Un golpe, una pequeña inflamación consecutiva, que tratada por los medios usuales desaparece en seis ú ocho días, esto es todo, y después... con la apariencia de una perfecta normalidad anatómica, el antebrazo ni se extiende ni se dobla, ni activa ni pasivamente sobre el brazo; en muchas ocasiones la misma imposibilidad existe respecto á los movimientos de pronación y supinación. Y cuando consíguense ejecutar, lo mismo unos que otros, de un modo pasivo, son muy limitados, dolorísimos y á costa de gran violencia.

Nada dice la radiografía de anormal en cuanto á la continuidad ó contiguidad de los huesos.

Cloroformizado el paciente, y una vez llevada la anestesia hasta relajación, todos aquellos movimientos antes referidos hácense con amplitud y libertad sumas, claro está que pasivamente, sin vencer resistencias patológicas, sin sentirse roces y sin rotura de adherencias.

Pasada la acción clorofórmica, y dejados transcurrir en quietud el tiempo prudencial suficiente para que todo trastorno inflamatorio ó simplemente irritativo, provocado por las maniobras antes referidas, haya cesado; si el cirujano intenta de nuevo, y en estado de

vigilia el paciente, mover la articulación, encuentra en ella la misma resistencia y el mismo dolor que la vez primera que procuró hacerlo. Y tantas veces como repita la operación, otras tantas ocurrirá lo propio.

Y conste que lo dicho no se refiere á un caso de esos insólitos, raros y poco frecuentes; refiérese á un sin fin de ellos; á todos esos que van y vienen por las clínicas, cansados del Dr. A, en busca del Dr. B, y cansados del Dr. B, en busca del Dr. C; á esos que figuran en todos los dispensarios de cirugía habidos y por haber, como curados. Pues llegan á la clínica de uno de nosotros; se los examina manual y radioscópicamente la articulación del codo. Nada se observa, nada se nota fuera de la anquilosis ó seudo-anquinosis. Se les administra el cloroformo; notamos la movilidad tan perfecta á que antes hice referencia, y á los dos ó tres días se les dice:

—Bueno; ahora el massaje (así empleando el mismo barbarismo),—á esa caja de Pandora de la que tanto hemos querido sacar, y en tales manos la hemos puesto, que, indudablemente, los dones del cielo que contenía han debido de largarse, no quedando en ella, como en la mitológica, sino desdichas y malandanzas. Lanzada esta sentencia, enrédase con los tales enfermos el amasador, enfermero, enfermera, practicante ó cubicularío, que para el caso es lo mismo, encargado de la faena.

Por lo general, ocupados y preocupados en cosa de más monta, sobre todo si los enfermos no son de pago, no volvemos á pensar en ellos hasta que llega el momento de hacer la estadística, la famosa estadística clínica, esa dueña con toca y basquiña matemáticas con que solemos encubrir nuestras trapacerías vanidosas. Entonces preguntamos por *el caso* al *adlátere* que le dió, efectivamente, unos cuantos meneos, con el miedo y la prudencia naturales de quien teme hacer un disparate y ganarse una reprimenda de su jefe; y luego no volvió á verlo, porque no pareció más por la sala de mecanoterapia; el cual *adlátere* responde:—Ah, sí; se marchó muy mejorado.

Con este *luminoso* informe y el recuerdo de la gran movilidad que observamos en el acto operatorio, no titubeamos en poner en la referida estadística:

Fulano de Tal..., etc., etc.

Diagnóstico: Artritis seca, ó algún disparate por el estilo.

Resultado: Curación.

No me cabe duda de que hay enfermos de éstos, curados seis ó siete veces, de la misma dolencia, en diferentes hospitales y consultorios.

Después de reducciones incruentas ó cruentas, de fracturas ó dis-

locaciones hábilmente practicadas; después de resecciones en que (tan amplias habían sido) parecía que cada hueso iba á marcharse por su lado, y en las cuales quedaba la nueva articulación cual gozne de mal articulado polichinela; he visto, pasados ocho, quince ó veinte días, reaparecer la rigidez y la resistencia dolorosa á los movimientos del codo, tan intensa y tan pertinaz como antes del acto quirúrgico. Tan sólo en aquellos casos en que hubo de hacerse, por exigencias del caso clínico, una resección muy amplia, amplísima, quedando como consecuencia un excedente considerable de longitud en los músculos con relación á la de las palancas huesosas, tan sólo en estos casos aprecié menos dificultad post-operatoria tardía á los referidos movimientos; pero siempre mucha mayor que la apreciada en el acto quirúrgico, y durante los primeros días subsiguientes.

Y no cabe decir, que en los casos de resección total ó parcial la resistencia dolorosa es provocada por el roce de las superficies ásperas y cruentas de los huesos; puesto que si así fuera, debía ser mayor en los primeros días, en que este roce es mayor, que luego una vez que dichas superficies se han recubierto de tejidos blandos de nueva formación; y bien sabido es que ocurre todo lo contrario.

Con lo dicho creo hallarme autorizado para pensar que en todo traumatismo de codo se engendra una resistencia dolorosa al movimiento, sin relación, al menos de un modo directo é inmanente, con las bridas intraarticulares, con los depósitos de exudados, con los espolones, por exuberancia del callo, ni con la interposición en la flexura, de fragmentos epifisarios.

Esta resistencia dolorosa debe de tener su causa en una contractura muscular producida por el dolor, ya que, una vez cloroformizado el paciente, desaparece en absoluto; contractura muscular que en mi opinión ha de ser de índole refleja, como defensa contra el movimiento, naturalmente doloroso, en todo estado inflamatorio de una articulación; pues hay que notar que no hay resistencia á éste ó al otro movimiento; que no están contracturados éstos ó los otros músculos, sino que la resistencia es á todos los movimientos, y están contracturados todos, absolutamente todos los músculos que mueven el antebrazo.

Preveo la objeción que hará *in mente* el lector.—Está bien—dirá:—acepto la teoría; pero si el proceso es reflejo, y este reflejismo está determinado por la inflamación, una vez desaparecida ésta debía moverse el codo con toda libertad y sin dolor alguno. ¿Cómo, pues, dijo antes el autor que tal fenómeno persiste de un modo indefinido, si el motivo inflamatorio desapareció?

El circuito formado por las neuronas sensoriales, sensitivas, mo-

toras, y por el músculo, cierre ó enganche periférico de aquél, entra en función como todo sistema de nuestro organismo, desde el más sencillo hasta el más complicado, por un estímulo en uno cualquiera de los puntos que forman la concadenación. Lo mismo da que el estímulo primo resida en la neurona sensorial, que en la sensitiva, que en la motora, que en el músculo, para que el acto reflejo se determine.

Cuando aquél es intermitente en su modo de obrar, produce el movimiento; cuando persiste sin interrupción, tradúcese en el músculo por un estado de contractura, y en el miembro á que éste corresponde, por una actitud ó posición fija.

Á este circuito de reflejismo, que pudiera llamarse el protisto del sistema nervioso, hay que agregar en los animales superiores otro enlazado con él, formado por las neuronas de asociación y las psíquicas, encargado de los movimientos voluntarios, esos que llamamos libres, pero que son tan determinados fatalmente como los otros y se producen de la misma manera, con la única diferencia que les da apariencia de cosa libre, es decir, de cosa que se puede hacer ó dejar de hacer, de ser sus elementos de motivación muchísimo más variados, é integrarse en infinidad de proporciones diferentes.

Si en el hombre no existiera este segundo circuito; en efecto, desaparecido el estímulo doloroso periférico, la contractura desaparecería, y una vez desinflamada é indolente la articulación, los movimientos haríanse sin dificultad alguna. Mas no siendo así, lo que ocurre es que queda en las neuronas psíquicas la representación, la memoria del dolor, y por consiguiente, apenas se intenta de un modo activo ó pasivo el movimiento, por vía refleja, cuyo estímulo primo está en aquellas neuronas, contractúranse todos los músculos, y al procurar vencer la de los flexores, si queremos extender el antebrazo, ó la de los extensores, si queremos doblarlo, provocará el dolor por distensión tendinosa, y este dolor, á su vez, provoca por vía refleja, en el primer circuito, mayor contractura; y de esta suerte, el gato al rato, el rato á la cuerda, la cuerda al palo, fórmase un encadenamiento pático de causas y efectos en serie circular, en el cual la causa pasa á ser efecto y el efecto causa, y así alternativamente de un modo indefinido.

Y no es lo peor, con ser muy malo, el que tal estado persista indefinidamente; sino que se acentúa conforme pasa tiempo sin restablecerse el movimiento, debido á la retracción que sufren aquellos músculos, que en este estado contractural les cabe en suerte tener sus extremos de inserción más próximos entre sí, que por lo general son los flexores del antebrazo.

Cuando se hace una resección del codo muy extensa, quedan, naturalmente, los músculos muy largos con relación á la distancia entre dichos extremos, y por mucho que quieran contracturarse, nunca es lo bastante para fijar con fuerza la articulación; por esta circunstancia quedan éstas más movibles, como dije anteriormente, después de tales intervenciones.

Pudiera ser este el mecanismo, podrá ser otro cualquiera, ó siendo el que yo he referido, no haberlo razonado con suficiente claridad para llevar al ánimo del lector el convencimiento y la clara percepción de la idea. Esto poco importa en lo que á la práctica se refiere; lo que al cirujano interesa es que el hecho tenga realidad efectiva y constituya, como constituye en la generalidad de los casos, un epifenómeno y una complicación de todo traumatismo de codo, y por consiguiente, de toda fractura intraarticular del mismo.

Considero, pues, como causas de la semianquilosis ó escasa movilidad, mejor dicho, que suele observarse después de dichas fracturas, no tan sólo la dislocación é interposición de fragmentos epifisarios, las adherencias y formación de bridas, las condensaciones de exudados fibrinosos y plásticos y las exuberancias del callo, sino que también, y quizás sea ésta la más frecuente, la contractura refleja muscular.

Así como toda escuela filosófica lleva implícito un modo particular de entender la ética, toda doctrina patológica, en cualquier ramo de la Medicina, tiene como consecuencia algo que afecta y modifica la terapéutica correspondiente. La teoría parasitaria ha modificado de un modo notable, y cada vez la modificará más profundamente, la terapéutica de la tuberculosis, de las fiebres tíficas, de la pulmonía, etc., etc.

No es, ni con mucho, tan trascendental como la citada, la modificación que en el modo de tratar las fracturas del codo introduce mi concepto patológico de las mismas. Tampoco diputo por original mi procedimiento. Ni novedad ni originalidad han sido los móviles que me guiaron al escribir este artículo; el móvil no fué otro que un cierto deseo, un prurito de difundir un procedimiento terapéutico, que en manos profanas de curanderos y algebristas suele dar buenos resultados, pese á la indiscreción y falta de ciencia de tales individuos, entre los que convenientemente capacitados por dicha ciencia y por la ley no solemos resultar, á pesar de nuestros vastos conocimientos, tan airosos en casos semejantes.

Claro es que he depurado á dicho procedimiento de su saborcillo arcaico, mejor dicho, prehistórico, así como del brutal indiscernimiento con que aquellos lo practican, dándole el tinte de racionalidad y oportunidad que conviene en toda cosa que pretenda entrar

en los dominios de lo docto y sabio. Es decir, que voy á ofrecer al lector un método vulgar pasado por el tamiz científico.

En esta parte de mi trabajo que á la terapéutica se refiere no voy á ocuparme en nada de lo que atañe á los hechos consumados. El tratamiento de las adherencias ya fraguadas, de los exudados ya organizados, de los espolones óseos y de los fragmentos interpuestos y soldados viciosamente, forma capítulo aparte; y daría á este artículo proporciones desusadas si yo pretendiera en él discurrir acerca de materia tan varia y tan extensa. En prevenir todo esto, sobre todo en prevenir la inmovilidad y la torpeza funcional del codo cuando esta articulación ha sido traumatizada, es en lo que voy á ocuparme, y de lo que trataré con toda la claridad y precisión que mis poco sobrados recursos dialécticos y de elocución me permitan.

He aquí mi conducta en todo caso de traumatismo del codo, cuando soy llamado á tratarlo, recién ocurrido el accidente. Investigo por el tacto, y si éste no basta, por la radioscopia, si hay fractura, si hay luxación, ó si no hay más que contusión, distensión ó rotura parcial ligamentosa, ó fisura simple, sin desplazamiento de fragmentos de alguno de los huesos.

Fácilmente se le alcanzará al lector que las cuatro últimas incógnitas del problema casi siempre se averiguan por exclusión, no por datos positivos como las dos primeras.

En lo que á la radiografía y radioscopia se refiere, he de hacer algunas observaciones. Con razón dice Böcker, que no hay nada más sujeto á error diagnóstico que la radiografía del codo en los niños. Y como las fracturas de esta articulación se dan en ellos con una frecuencia que excede al 70 por 100 de los casos, excuso decir el número de planchas que habrán hecho hasta la fecha, sobre todo aquellos colegas noveleros que desde el momento que se descubrió lo de los rayos X parece que han perdido el sentido del tacto.

No es tan sólo el que las extremidades inferior del húmero y superiores de cúbito y radio no se hallan osificadas de un modo completo hasta los diez y nueve ó veinte años, y es, por consiguiente, muy difícil, por no decir imposible, apreciar su situación por dichos rayos en las primeras edades de la vida; sino que aun formados ya los núcleos de osificación, aparecen éstos tan aislados y en situaciones tan extrañas y tan variadas en las edades intermedias, hasta aquella en que se sueldan con la diáfisis, que el error de diagnóstico es facilísimo.

La conducta más prudente consiste: primero, en no prescindir jamás del reconocimiento minucioso por medio del tacto; y luego: ó comparar la radiografía del caso con las de un buen atlas, como los de Wilms, Rauke, Jedlicka ú otro semejante, en los que se sigue

paso á paso el desarrollo extrauterino de las articulaciones hasta la completa osificación de las extremidades óseas que las forman, ó lo que es mejor, hacer otra radiografía del codo sano, y compararlas.

Por supuesto, que siempre que se pueda, estas radiografías se harán en dos planos: transversal y sagital, y en forma estereoscópica.

Cuando se trata de un adulto, fractura y luxación del codo, pueden y suelen darse aisladas; en los niños siempre son mixtos ambos procesos. Este punto ya lo traté mucho tiempo hace en otro trabajo de esta clase, y como soy poco aficionado á repeticiones, á no ser que lo haga involuntariamente, prescindo de razonar este aserto, dejándolo así, á modo de postulado, sin pretender con ello que nadie me crea bajo mi palabra, sino para que el tiempo y la experiencia lo demuestren á cada uno.

En el acto, una vez reconocido el paciente, y previa la preparación del apósito, reduzco la fractura ó la luxación, si las hubiera, y coloco un vendaje escayolado, más bien que de fijación, de fragmentos, de *dirección* y *posición anatómicas del miembro.*

Este vendaje debe comprender desde los dedos hasta el hombro; debe llevar, interpuesta entre él y la piel del lesionado, una gruesa capa de algodón, y tener dos ventanas bastante grandes, una anterior y otra posterior, á nivel del codo. Lo primero, con el fin de inmovilizar no tan sólo las grandes palancas huesosas, sino las pequeñas (dedos y mano), y de esta suerte suspender la función de aquellos músculos motores de éstas, que por su inserción en puntos muy próximos ó en las mismas líneas de fractura ó de fisura, pudieran mantener un estado irritativo articular y favorecer al propio tiempo la dislocación de los fragmentos. Lo segundo, con objeto de evitar la estrangulación que pudiera sobrevenir por el aumento de flexión y derrame inflamatorio, que es inevitable durante las primeras veinticuatro ó cuarenta y ocho horas después del accidente. Y lo tercero, con el fin de poder aplicar fomentos fríos á la articulación, que combatan ó contrarresten dicha fluxión inflamatoria.

Cuando ésta ha cesado, lo cual, por lo común, tiene lugar al quinto ó sexto día, corto el vendaje y rectifico ó ratifico, si es posible, bajo la acción de los rayos X, la reducción, si hubo lugar á ella; y entonces paso á colocar el vendaje que pudiera llamarse definitivo, por más que no lo sea en cuanto á su permanencia.

Si no hubo más que contusión, distensión ó rotura parcial de ligamentos, ó fisura subperióstica, el vendaje, que siempre es de escayola, se reduce á uno en posición angular de 90°, de la articulación del codo, bien modelado y comprendiendo dedos, mano y todo el miembro hasta el hombro.

Si hubo luxación simple sin fractura epifisaria, suele no hacer falta el vendaje de escayola; con uno simplemente contentivo, con vendas de tela de cambrige bien algodonado y un cabestrillo de cuero ó de lienzo, es suficiente.

En los casos de fractura supra-condílea, cuando son oblicuos de delante atrás y de arriba abajo, el vendaje moldeado se colocará con el antebrazo en supinación y en extensión respecto al brazo. Cuando dicha fractura es oblicua de adelante atrás, pero de abajo arriba, debe colocarse el antebrazo en supinación también, pero en ángulo recto en relación al brazo, cuidando de hacer fuerte tracción del primero y contraextensión en la parte inferior del fragmento superior, mientras se coloca y cuaja el vendaje, á fin de impedir la luxación hacia atrás del fragmento inferior, acompañado del cúbito, ó mejor dicho, arrastrado con este hueso por el triceps humeral.

En uno y otro caso cuídese de poner el antebrazo en abducción respecto al brazo, para evitar el cúbitus varus.

En las fracturas de la tróclea ó del cóndilo, coloco el antebrazo, también en flexión, en ángulo recto y en supinación; pero en vez de hacer extensión y contraextensión, hago, por el contrario, presión y contrapresión, á fin de que en el primer caso la extremidad superior del cúbito y en el segundo la del radio, mantengan rechazados hacia atrás el fragmento humeral correspondiente, y eviten de tal modo la dislocación de dicho fragmento hacia adelante y su interposición en la flexura.

También en esta clase de fracturas hay que cuidar de la abducción del antebrazo, sobre todo en las de la tróclea, por ser, como las supracondíleas antes citadas, muy propensas á dejar como reliquia la deformidad conocida con el nombre de cúbitus varus.

La fractura aislada del epicóndilo es muy rara; hay cirujanos que niegan su existencia, por más que anatómicamente sea posible. Ni de ésta, ni de la fractura epitroclear simple, es decir, sin sus porciones articulares correspondientes, tengo experiencia.

En estos casos me atrevería á proponer de primera intención la operación cruenta, uniendo los fragmentos á la diáfisis por medio de tornillos colocados temporalmente. Cosa facilísima de hacer y de escaso riesgo quirúrgico.

En las fracturas en Y y en T es preciso, al hacer la reducción, tener cuidado de que no estén comprendidos en la rama larga, ó algún vaso ó algún nervio de los importantes que por la cara anterior del húmero pasan, como sabe muy bien el lector. Si así ocurriese, y en los intentos de reducción se viera que estaban comprometidas la irrigación nerviosa ó la sanguínea, preciso será recurrir á hacerla en

forma cruenta, y mantenerla luego por medio de tornillos. Si no hubiere síntoma alguno de los que denuncian tal complicación, se hará incruenta, cuidando de mantener los fragmentos, que siempre se dislocan excéntricamente con relación al eje del miembro y hacia abajo, bien aproximados entre sí y bien sujetos hacia arriba por medio de un buen moldeado del vendaje de escayola, el cual se colocará estando el antebrazo en ángulo recto y en fuerte abducción respecto al brazo.

En los arrancamientos epifisarios de la extremidad inferior del húmero, únicos ó múltiples, el principal cuidado del cirujano no debe ser otro que el de rechazar, el framentito ó fragmentitos, del lado de la flexura. Su colocación *in situ* es imposible. En estos casos, el vendaje, muy bien moldeado, debe colocarse poniendo el antebrazo en ángulo agudo con relación al brazo, y mientras cuaja, hacer una presión longitudinal al antebrazo, en dirección de mano á codo, y una contrapresión de atrás á adelante en la extremidad inferior del húmero.

Sin este cuidado, fácilmente quedan, haciendo de tope articular á la flexión, la parte ó partes epifisarias, soldadas en un plano demasiado anterior respecto á la diáfisis.

En las fracturas del olecranon, lo que da mejor resultado es tenotomizar la extremidad inferior del triceps y colocar el vendaje escayolado con flexión máxima del codo.

La misma posición debe darse al antebrazo en aquellas luxaciones posteriores del cúbito, que siendo fácilmente reductibles como todas las de esta clase cuando son recientes, con igual facilidad se reproducen en cuanto se quita el vendaje; fenómeno éste casi siempre sintomático del arrancamiento ó fractura de la apófisis coronoides.

En las fracturas transversales más ó menos oblicuas de la extremidad superior del radio, casi me atrevería á sentar como regla de conducta la resección total de la cúpula, para conservar tanto los movimientos de pronación y supinación como los de flexión y extensión.

Hecha á grandes rasgos y muy someramente, por no haber sido mi propósito escribir un tratado de fracturas del codo, sino más bien un propugnáculo ó pedimento en favor de un cierto modo de tratarlas, á mi parecer con mejor resultado que otros, la parte que pudiera llamarse estática del tratamiento, voy á ocuparme ahora en la que sin duda puede y debe llamarse dinámica del mismo.

Reducida la fractura ó la luxación, si las hubo, y bien moldeado el vendaje de escayola, de tal suerte que acuse de un modo perfecto todos los entrantes y salientes de la parte, como si fuera un molde

para vaciar, córtase, á las cuarenta y ocho horas, en dos valvas (1).

En este momento empiezan á ejecutarse los movimientos pasivos de la articulación (2); es decir, á los siete ú ocho días de ocurrido el accidente. Estos movimientos deben ser *amplios, de toda su amplitud normal, desde el primer día* de tratamiento mecánico, lo mismo los de flexión y extensión que los de pronación y supinación; de ello depende el buen resultado funcional y la *perfecta movilidad* de la articulación en lo sucesivo.

Desde la primera sesión hasta la última, que deben ser diarias, *sin que por ningún pretesto deje el cirujano de mover la articulación en toda su amplitud ni un solo día;* todas ellas serán iguales y consistirán en suave amasamiento de fricción honda en la flexura y amasamiento propiamente dicho (petrissage) de todas las masas musculares, primero; y en diez ó doce sendos movimientos, con todo, absolutamente todo su viaje fisiológico, de flexión, extensión, pronación y supinación.

Durante el amasamiento, que lo hará un ayudante, el profesor tendrá asidos fuertemente con la mano izquierda el codo y con la derecha la extremidad periférica del cúbito y radio, á fin de que no reciba la articulación sacudidas directas ni indirectas.

Terminado éste, el profesor, sin quitar las manos de la posición con que sujeta el miembro, imprime con la derecha al antebrazo todos los movimientos antes referidos.

En los casos de fractura, la buena colocación de los dedos de nuestra mano izquierda y la firmeza con que ésta sujeta el codo, garantizan la no dislocación de los fragmentos durante la sesión cinemática. El dar reglas, sobre todo para lo primero, es imposible de toda imposibilidad; el instinto, la perfecta sensibilidad para el tacto profundo, y el conocimiento diagnóstico de la rotura ósea son el todo.

Claro está que en los demás casos, en los que no se trata sino de una fisura, una rotura parcial de ligamento ó cualesquiera otras lesiones de las que crean dificultad funcional al codo, si no es tan importante como en los primeros, el papel que desempeña nuestra mano izquierda lo es, sin embargo, para impedir ya el que la fisura se complete y se convierta en fractura, ya el que se produzca una disyunción epifisaria, ú otro cualquier desaguisado por el estido.

Concluída la sesión de mecanoterapía, guárdase el miembro en su vendaje estuche hasta el día siguiente.

---

(1) En muchas ocasiones preciso es hacer más de uno, puesto que en el transcurso del tratamiento suele el codo, por resorción de exudados, disminuir de volumen y dibujarse entonces mejor las partes anatómicas, quedando, por consiguiente, el aparato escayolado con holgura y sin encaje.

(2) Superfluo me parece advertir que para ello se quitan las valvas de escayola.

Que el tratamiento es muy doloroso y de una brutalidad aparente extraordinaria, lo sé; pero á ningún enfermo de los que yo he tratado le pasó nada, fuera del gritar, llorar, patalear y dirigirme epítetos más ó menos injuriosos, propios del caso.

A los quince ó veinte minutos de terminada la sesión, el dolor ha desaparecido; y al mes ó mes y medio, ya no son dolorosos éstos.

Algunas veces sí me ha ocurrido que el paciente ó la familia, si éste era un niño, me han despedido, con más ó menos cortesía, á las pocas sesiones. Esto habrá podido lastimar mi amor propio, y quitarme algún cliente más, de esos que es preciso saludarlos con vaselina; pero haciendo balance, siempre resulta que perdió más el enfermo al quedarse manco.

En esto del crédito profesional me he ido haciendo cada vez más escéptico, sobre todo desde que la experiencia me fué enseñando cuán en peligro le tenemos de perderlo los médicos, por la causa más baladí y menos en relación con el talento y la práctica científica. Una cuenta de honorarios que no se logra cobrar, trae sobre el pobre médico que la presentó tres graves daños: la pérdida del cliente, la de los cuartos y el descrédito entre la familia y amistades del aranero; pues de algún modo honroso, que no descubra la hilaza de la trampa, ha de justificar el segundo el éxodo del primero.

Bueno—dirá algún lector.—¿Pero por qué no suprime usted el dolor con algún anestésico?—A tan razonable y justificada pregunta contestaré: Que ya he pensado en ello, y que, empezando por los anestésicos generales, los he rechazado, en primer término, por no ser tan innocuos, aun bien administrados, que puedan serlo sin grave peligro á diario por espacio de varios meses; y en segundo, por que nada resuelven, dada la índole de una de las causas más poderosas, como ya tuve lugar de explicar, de la resistencia al movimiento. Cien veces moveríamos el codo fácilmente bajo la acción del cloroformo, por ejemplo, y en las ciento una que intentáramos hacerlo en estado de conciencia el paciente, la resistencia dolorosa sería la misma que el primer día.

Preciso es agotar la contractilidad tónica, sincrónica del reflejo del segundo circuito ó psíquico, y sustituirla por la alternativa consciente de los músculos, que es la que da por resultado el movimiento voluntario; y esto, como es lógico, sin el intermedio de la conciencia es imposible. Dormido el *yo*, no se curan sus enfermedades de transmisión: el coreico, mientras duerme, parece curado. En lo que á la anestesia local se refiere: si ésta es superficial, por medio de las pulverizaciones de éter ó de cloruro de etilo, como no recuerdo en qué autor alemán ó francés he leído; es perfectamente inútil, dado el que es preciso en este caso anestesiar órganos profundos, y á

ellos no llega la pulverización ni con abracadabra. A quien tal desatino propuso puede aplicársele el refrán aquel de «oyó gallo cantar y no supo en qué muladar». Si es profunda, por medio de la inyección de alguna substancia capaz de suprimir la sensación dolorosa sin quitar la conciencia, lo cual resolvería el problema; todavía no he hallado ninguna de una innocuidad tan absoluta que me permita emplearla sin miedo, con la frecuencia que el caso requiere. Ni la cocaína, ni la stovaína, ni la nirvanina; ninguna de las que conozco está exenta de peligro.

Durante algún tiempo gozó de mucha fama, como anestésico local, la electricidad en forma de corrientes galvánicas; pero respecto á su eficacia, ya dijo la última palabra Matheus con su frase de «que el galvanismo obraba produciendo *una distracción del dolor*, pero no una verdadera insensibilidad».

Cierto es que modernamente ha resucitado esto de la anestesia eléctrica, por medio de las corrientes continuas á poca tensión y gran cantidad; pero el poco cacareo que á los primeros ensayos ha seguido, háceme temer que todo ello no sea otra cosa que agua de cerrajas; ¡buenos son estos modernos sabios de exportación y reclamo para tenerse el paño, no digo bueno, ni aun mediano, encerrado en el arca!

Con estos movimientos pasivos, no tan sólo es dominada y vencida la contractura muscular refleja, sino que, comenzados tan inmediatamente próximos al traumatismo, como yo acostumbro á hacerlos, se favorece la resorbción de exudados de un modo más eficaz que con el simple amasamiento, se impide la formación de adherencias, de crestas y espolones óseos; y cuando la reducción anatómica no puede obtenerse de un modo perfecto, lo cual es muy frecuente, casi la regla, sobre todo en los arrancamientos epifisarios de los niños, consíguese rehacer el órgano por medio de la función, hasta el punto de que destrozos articulares de esta especie, en los cuales las radiografías tomadas en los primeros días, acusaron dislocaciones notables de los fragmentos; sin nuevos intentos de reducción, tan sólo cuidando de que aquéllos no se interpongan en la flexura, y de que estén rechazados hacia fuera y atrás; con la constancia y persistencia en el tratamiento mecanoterápico como yo lo practico y aconsejo, asombran al terminar el tratamiento cómo quedaron estas articulaciones, no solamente desde el punto de vista de la función, que es perfecta, sino desde el punto de vista morfológico.

Al mes ó mes y medio, cuando ya los movimientos pasivos no son dolorosos, ordénase al enfermo el que los haga de un modo activo.

Por descuido en esta parte del tratamiento he visto lesionados de

codo, con una casi perfecta movilidad pasiva de esta articulación, quienes, sin embargo, apenas si cambiaban activamente el ángulo de ella en uno ó dos grados.

Esto se explica muy bien: con los movimientos pasivos acostumbramos á la voluntad del paciente á inhibirse de la función, y precisa luego obligarla á que éntre en juego y á vencer las resistencias que le ofrecen unos músculos débiles y atrofiados, á pesar del amasamiento, unas superficies articulares poco deslizables aún, por falta de sinovia, y sobre todo la enorme ofrecida por los neuronas de asociación estimulados por el miedo y por la memoria del dolor sufrido.

En estos ejercicios de restitución funcional activa, no hay que fiarse de lo que diga el paciente y su familia, pues es tal la agilidad y amplitud que el primero adquiere, sobre todo si es un niño, en los movimientos, tanto del hombro como de la muñeca, que con ellos suplen perfectamente, á veces sin darse cuenta, de un modo admirable, las funciones del codo, sin que éste se mueva absolutamente nada.

Deben, pues, hacerse en presencia del profesor; al principio, dándole al enfermo un punto de apoyo inmediato, por medio de la palma de la mano colocada en la parte posterior del codo, mientras otra persona inmoviliza fuertemente la articulación escápulo-humeral. Luego que de esta suerte ha adquirido el paciente alguna movilidad espontánea con el antebrazo, se le obliga á ejecutar los mismos movimientos libremente y buscando el punto de apoyo en la escápula por el intermedio del húmero, á la manera que se ejecutan en estado fisiológico.

De esta suerte he conseguido, en algunos casos, restituir íntegramente la función de articulaciones completamente destrozadas por un traumatismo, en el espacio de seis ú ocho meses; advirtiendo al lector que quien diga haber obtenido tales restauraciones en menos tiempo, sea por el procedimiento que fuere, es uno de tantos inventores como hay de cuentos tártaros más ó menos científicos.

No pretendo ser un exégeta de la materia ó asunto de este trabajo. Dios me libre de tal pedantería; únicamente he procurado en él alabar y justificar con razonamientos aquella conducta con la que me ha ido mejor, y he obtenido mejores resultados; por aquello de que «cada cual habla de la feria según le va en ella».

2 de Septiembre de 1908.

# GRAVIDA CARDÍACA
# DILATACION HIPERTROFICA CON INSUFICIENCIA MITRAL
# OPERACIÓN CESAREA VAGINAL

POR EL DR. CARMELO GIL É I.

Del Instituto Rubio.

Una de las operaciones de más interés de la moderna tocología, y que ha contribuído con algunas otras á dar carácter y nombre á la llamada *era quirúrgica de la obstetricia,* es la rápida dilatación del cuello del útero grávido, seccionándolo—dilatación á cuchillo.

Las incisiones superficiales y profundas del cuello que se venían practicando hacía tiempo, y que fueron recomendadas por Dührssen para casos de eclampsia en que era preciso proceder al vaciamiento rápido del útero, estando aquél aún sin dilatar, juntamente con los trabajos de los ginecólogos franceses, que enseñaron la facilidad de enuclear los mismos por vía vaginal, mediante la sección de la pared de la matriz, sugirieron al mencionado autor la llamada por él operación cesárea vaginal, y por Bumm histerotomía vaginal anterior (1).

Dührssen la describió por primera vez en «*Allgemeine Deutsche Arztezeitung*, I. IV., 1895, núms. 7 y 8. Über die Behandlung der Eklampsie», y el italiano Acconci la practicó por primera vez el 4 de Julio de 1895.

La operación despertó gran interés, sobre todo en Alemania, en donde se reunió un material bastante importante para poner á discusión el procedimiento en el Congreso de Ginecología, celebrado en Kiel en Junio de 1905, que tuve ocasión de presenciar. El tema oficial de tocología puesto á discusión fué: «Über die Methoden der Künstlichen Erweiterung des schwangeren und Kreissenden Uterus.» Ponentes, G. Leopold, de Dresde, y E. Bumm, de Berlín. Este último en su comunicación hacía referencia á 52 operaciones cesáreas vaginales por él practicadas hasta entonces, y apareció como defensor entusiasta del método.

Dührssen, en su trabajo «Der vaginale Kaiserschnitt», publicado en el *Handbuch der Geburtshülfe de F. von Winckel*, 1906, reunió una estadística de 248 operaciones.

---

(1) Ha sido discutida, y tema para más de un artículo, la exactitud del nombre «Operación cesárea vaginal». Aunque yo lo considero no sólo muy propio, sino hasta genial, soy del parecer que de llamarla, como prefiere Bumm, histerotomía vaginal anterior, es preferible bautizarla con el nombre con que yo le describí en la REV. IB.-AM. DE CIEN. M., en Abril de 1906, *Colpohisterotomía anterior dilatadora.*

Hoy día se puede afirmar que la operación ha salido triunfante de la prueba de validez á que fué sometida, y se la debe considerar como brillante adquisición de la cirugía moderna, pasando á ocupar el puesto que le corresponde, desde las revistas de la especialidad á los tratados de obstetricia. Todos los modernos la describen ya en el capítulo dedicado á las operaciones tocúrgicas.

Desde luego es una operación en clínica, y como tal, la describe H. Fehling en su libro *Die operative Geburtshilfe der Praxis und Klinik,* 1908; pero por eso no disminuye en mucho su valor é importancia. En la moderna obstetricia es necesario hacer la distinción entre lo que debemos y podemos hacer en la clínica, y entre lo que se debe y se puede hacer en el domicilio.

Con ella tenemos el procedimiento rápido de vaciar un útero grávido, cuyo cuello esté aún intacto, procedimiento que echaba de menos Gusserow, cuando, al hablar de la ayuda que podíamos prestar como tocólogos á una cardíaca grávida, afirmaba que era muy limitada, por no contar con un procedimiento rápido de provocar y terminar el parto.

Bumm, en la época del congreso de Kiel, había evacuado, por cesárea vaginal, tres úteros de grávidas cardíacas; y en su comunicación, al hablar sobre este punto, decía: «In 3 Fällen wurde wegen schwerer Herzklappenfehler mit Insuffizienz, Atemnot, Ödem und Stauungsnephritis operiert. Die Frauen überstanden die Kurzdauernde Narkose und operation alle gut, und scheint gerade für solche Fälle, wo es sich darum handelt, der Mutter alle Geburtsarbeit und Schmerzen zu ersparen und mit einem Eingriff rasch zu Ende zu Kommen der vaginale Schnitt besonders geeignet.»

*Historia clínica.*—E. G., treinta años; antecedentes hereditarios y enfermedades anteriores sin interés para la historia.

La primera regla á los once años; casada á los diez y nueve. De soltera, reglas normales; de casada, con dolores en los riñones.

Dos partos anteriores, terminando el primero de un modo espontáneo, y el segundo por medio del forceps. Este último hace nueve años. Ambos fetos nacieron vivos.

Diámetros exter. de la pelvis: 24 — 26;6 — 29,4 — 20. Forma normal.

Esta mujer se presenta en mi policlínica el 29 de Noviembre de 1907, refiriéndome que su última regla la tuvo el 2 de Septiembre, que duró cuatro ó cinco días, y que fué bastante abundante. Se queja de flujo blanco, dolores en la fosa ilíaca derecha y en los riñones, y de vez en cuando de cabeza. Estreñimiento.

Vulva y cuello del útero de color violáceo; matriz algo aumentada de volumen; síntoma de Hegar poco manifiesto.

Diagnóstico: ¿Embarazo? Le mando se haga lavados con agua hervida y sales de Mediana.

El 16 de Enero de 1908 se presenta de nuevo en la consulta, por que desde hace dos días tiene algunas pérdidas de sangre y dolores en el bajo vientre.

Encuentro la matriz más aumentada de volumen (unos cuatro traveses por encima de la sínfisis); el orificio externo del cuello dilatado, para dejar penetrar el dedo; el interno, impermeable. Diagnóstico: aborto inminente. Tratamiento: cama, compresas de Priessnitz y extracto viburnum.

Pasadas algunas semanas, se presenta de nuevo diciéndome que habían desaparecido los dolores y las pérdidas de sangre, pero presentando un estado general extraordinariamente alarmante: quejándose de fatiga y de una tos pertinaz y molesta, acompañada de esputos sanguinolentos. Un compañero reconoce á la enferma, y diagnostica de insuficiencia mitral con dilatación hipertrófica.

Desde aquel momento indiqué á la enferma la necesidad de seguir estudiándola atentamente, pues no sería extraño se hiciera necesaria la interrupción del embarazo. De día en día se fué acentuando la disnea y la tos, disminuyó la cantidad de orina y apareció una abundante diarrea, que, con un insomnio pertinaz, colocó á la enferma, en el transcurso de pocas semanas, en un estado verdaderamente deplorable. Durante este tiempo estuvo sometida la enferma á la digital y á la dieta láctea.

Convencidos de que la marcha del embarazo agravaba por momentos el estado de la madre, y del inminente riesgo que su vida corría si esperábamos á que el parto se presentara, encontramos indicado el vaciamiento de la matriz por el procedimiento más rápido, y dimos la preferencia á la operación cesárea vaginal.

Ingresó en la Maternidad el 27 de Mayo. Este día, según la partera que hizo un reconocimiento interno en el domicilio de la enferma, antes de transportarla á la clínica, rompió la bolsa de las aguas á las siete de la mañana. El parto no estaba iniciado.

El 28 procedimos á la operación: la temperatura antes de la operación, 38°,3; pulsaciones, 132. Narcosis, cloroformo y éter. Durante la operación, dos inyecciones de aceite alcanforado y una de cafeína; más tarde, una de suero fisiológico, de 300 gramos. Minutos antes de la operación, una inyección de «secacornín», en el hueco isquio rectal.

Operación: Previa desinfección del campo operatorio con alcohol y sublimado, separo las paredes vaginales con dos valvas Doyen, que ponen al descubierto el cuello uterino; prendo en los ángulos laterales del orificio del cuello dos pinzas Musseux, y tirando de

ellas lo atraigo hacia la vulva; inmediatamente practicó una incisión en la línea media, que, partiendo á unos dos traveses de dedo por debajo del orificio ext. de la uretra, se extendía hasta el orificio ext. del cuello uterino; quedó entonces visible la vejiga y se dejó fácilmente despegar de la pared anterior del útero por medio de una gasa. Completé el despegamiento por medio de una valva estrecha, que coloqué entre la vejiga y el útero, é inmediatamente seccioné con tijera la pared de éste en la línea media, y en una extensión de unos 10 centímetros. Entonces retiré todos los instrumentos, incluso las pinzas que fijaban el cuello, y procedí á la extracción del feto, que se presentaba de nalgas. El tiempo empleado desde el comienzo de la operación hasta tener el feto en la mano fué unos cuatro minutos. Extracción manual de la placenta, ya desinsertada.

Hemorragia de poca intensidad por atonía, que se cohibió fácil y rápidamente con un taponamiento con 5 metros de gasa vioformada. La sutura del útero se hizo con catgut—puntos separados. La de la pared vaginal con el mismo material, continua.—El punto más inferior de la incisión del útero lo practiqué con crin. Dejé un desagüe en el espacio vagino-véxico-uterino, que retiré á las cuarenta y ocho horas. Extraje la gasa intrauterina á las veinticuatro, manteniendo el desagüe del útero con tubos de drenaje.

El feto medía 40 centímetros, y su peso era de 1.513 gramos. Nació en estado de asfixia; pero volvió rápidamente á la vida mediante la respiración artificial y baños.

Placenta dimidiata; el lóbulo mayor medía 10—13—2 centímetros; el más pequeño, 8—9—1 $^1/_2$ centímetros. Sólo en la margen del lóbulo mayor se encuentra un típico infarto blanco cumiforme, de 2 centímetros de longitud y 1 de ancho.

*Diario clínico.*—Día de la operación, por la tarde: pulso 144, respiración 28, temperatura 39. Dieta absoluta.

Día 29.—M.: p. 140, r. 32, t. 38,5. Orina recogida en veinticuatro horas, 50 c. c.; contiene cilindros hialinos abundantes, cristales de ácido úrico, uratos, indicios de albúmina, acidez representada en ácido sulfúrico, 0,147; cloro en cloruro sódico, 0,263; urea, 1,661. T.: p. 132, r. 36, t. 38.

Día 30.—M.: p. 124, r. 36, t. 37,7. T.: p. 128, r. 40, t. 37,1. Orina más. Diarrea.

Día 31.—M.: p. 128, r. 34, t. 37,5. T.: p. 136, r. 44, t. 37,3. Sigue aumentando la cantidad de orina.

Día 1.—VI m.: p. 136, r. 40, t. 38. Se aprecia en la base del pulmón izquierdo macidez á la percusión é impermeabilidad al aire. Sigue la tos y la expectoración teñida de sangre que presentaba durante el embarazo. T.: p. 136, r. 44.

Día 2.—VI m.: p. 120, r. 36, t. 37,5. T.: p. 144, r. 42, t. 38,3.
Día 3.—VI m.: p. 132, r. 44, t. 38. T.: p. 136, r. 40, t. 37,8.
Día 4.—VI m.: p. 144, r. 48, t. 38,5. T.: p. 136, r. 40, t. 38,5.
Día 5.—VI m.: p. 128, r. 32, t. 37,5. T.: p. 120, r. 40, t. 37,5.
Día 6.—VI m.: p. 120, r. 32, t. 37,4. T.: p. 120, r. 36, t. 37,7.
Día 7.—VI m.: p. 120, r. 40, t. 37,4. T.: p. 120, r. 40, t. 38,3.
Día 8.—VI m.: p. 124, r. 40, t. 38,5. T.: †.
Medicación: digital, ventosas, dieta láctea.

Las lesiones pulmonares dominaron en el cuadro clínico del puerperio, con alternativas de mejoría, hasta que súbitamente, el 28 de Junio, á los once días de la operación, se acentuaron los fenómenos de disnea, extendiéndose por todo el pulmón izquierdo las lesiones limitadas horas antes á su base, y presentándose edemas de las extremidades inferiores. Estos fenómenos tomaron tal intensidad, que mataron á la enferma en el curso de tres ó cuatro horas. Dos días antes, reconocida la herida operatoria, se encontraba cicatrizada, y el útero involucionando de un modo normal. Autopsia no fué posible practicarla. Causa de la muerte, la enfermedad que padecía, independiente por completo del traumatismo operatorio.

El niño, lactado por nodriza y en incubadora, se encuentra en muy buenas condiciones, desarrollándose de un modo normal.

# SECCIÓN CIENTÍFICA ORIGINAL

## SOBRE LA LEUCOPLASIA BUCAL

POR EL DR. A. MUT
Del Instituto Rubio

El profesor Landouzy ha hecho una comunicación á la Academia de Medicina de París, en la sesión del 23 de Junio dèl corriente año, acerca del valor semeiológico de las *leucoplasias bucales*, que ha despertado vivo interés por la alta personalidad científica del autór que la defiende, y por lo radical y absoluto de sus conclusiones. El profesor Landouzy, de quien ya me he ocupado en estas columnas con otros motivos, parece ser hombre dado á enérgicas determinaciones científicas; es, como diríamos por aquí, de los que no reparan en pelillos. Empieza este maestro diciendo que va á ocuparse de «esas placas blancas llamadas de los fumadores, situadas en las comisuras y en la mucosa del carrillo, á lo largo de una línea trazada por la unión de los maxilares, cuyo estudio considera de gran oportunidad, hoy que la clínica y la medicina experimental se orientan en el sentido de considerar el cáncer como resultado de la implantación de la semilla cancerosa en un terreno ya preparado».

Bien; pues esto no es enteramente cierto, porque no ahora, sino hace muchísimo tiempo, esa misma clínica y medicina experimental estaban conformes en declarar que el modo como se comporta el total organismo tiene una gran influencia sobre la benignidad ó malignidad de un tumor á cuyo conocimiento llegó, como nadie, la soberana intuición de Cohnheim en sus *Lecciones de Patología general*. Ahora es cuando se dice precisamente lo contrario, y allá veremos, si lo vemos, cuál de las dos escuelas ó tendencias tiene la razón.

El Sr. Landouzy «no hace distinción entre las estomatitis nacaradas, triangulares, de los fumadores y las placas comisurales de la mucosa de los carrillos, de color blanco mate, psoriasiformes, á las que se aplica el nombre de leucoplasia. Entre unas y otras no hay más que diferencias de aspecto y de grado; todas se deben á la misma causa, y son de idéntica esencia y naturaleza».

Eso es; pelillos á la mar. ¿Que hay placas producidas, induda-

blemente, por la acción del tabaco, y que se curan suprimiendo el uso de dicha planta? ¿Que hay otras ocasionadas por la acción frecuente de morderse la mucosa de las mejillas, como sucede en muchas personas de carrillos gruesos? ¿Que existen otras debidas á raigones ó mal estado de la dentadura, y que desaparecen por la inteligente intervención de un dentista? ¿Que otras son, á todas luces, de naturaleza reumática? ¿Que existen algunas que no obedecen al tabaco, y que, por tanto, no se mejoran dejando de fumar, ni se empeoran fumando todo lo que se quiera, ni se curan con nada, absolutamente con nada? ¿Que otras varias se empeoran rápida y y visiblemente por la administración del mercurio? ¡Ah! No importa. Todas son iguales y obedecen á la misma causa para el señor Landouzy; no hay más que una pura cuestión de aspecto y de grado. ¡Qué sencillez! ¿Pero cuál es la causa de todas las placas para el sabio maestro? Oigámosle:

«Detrás de la leucoplasia hay que buscar siempre la *sífilis*. En virtud de este concepto de la sífilis, como causa determinante de casi todas las formas de leucoplasia bucal y lingual, he podido muchas veces descubrir una sífilis *ignorada* ó desconocida.» (Ya vendrá ocasión de hablar de esto: de la sífilis ignorada, que es de lo más peregrino que ha podido salir del indiscutible talento del señor Fournier.)

«En los enfermos (hombres y mujeres) que presentan placas blancas, lo que se descubre, cuando se sabe buscar bien, es la sífilis, sean las que fuesen la configuración, el color, el sitio, la intensidad, el espesor de las placas, y recuerden por su aspecto el liquen plano bucal, la estomatitis nacarada, el triángulo comisual de los fumadores.» (Más breve: placa blanca en la boca de un hombre ó de una mujer ¿que fumen ó no? Sífilis tenemos: ignorada ó conocida.) «Desde hace más de diez años que examino la mucosa bucal de todos mis enfermos... (¿Pero qué creerá el Sr. Landouzy que hacemos los demás médicos?), y he conseguido que mis discípulos... (*magister dixit*) acepten mis ideas, que son las siguientes:

»1.° La leucoplasia bucal, en sus diversos grados, es más común de lo que se dice. (Bueno, por más ó menos común no vamos á discutir.)

»2.° El uso del tabaco es uno de los medios más eficaces para que se hagan salientes las placas de estomatitis blanca. (He aquí una virtud del tabaco que se desconocía; el sacar las placas á relucir.)

»3.° El uso del tabaco, aunque colaborador importantísimo, no es indispensable. (Natural; como casi todos los colaboradores: ayudan, pero nada más.)

»4.° Lo indispensable, en la especie, el determinismo, es la sífilis.

(Ya está aquí el *clou* de la cuestión. Sífilis y más sífilis, ya se *ignore* por el paciente—cosa muy probable,—ya por el médico, que también puede ignorar estas y otras eventualidades.)

»5.° El papel determinante de la sífilis—como el ocasional y colaborador del tabaco—aceptado en la génesis de las grandes placas de leucoplasia lingual, debe extenderse á las formas menos intensas de las manchas nacaradas, opalinas, cáscara de cebolla, de la cara interna de los carrillos y de las comisuras, lesiones atribuídas, no á la sífilis, sino al tabaco.» (Justo: el determinismo sifilítico, no solamente lo ha de ser para la leucoplasia, sino para todo aquello que se le parezca.)

Cita el autor después siete casos en que consiguió diagnosticar la sífilis sin otra base que la presencia de leucoplasias, y cuya exactitud confirmó el tratamiento específico. Pero el caso más extraordinario, de lo más fenomenal que yo he leído, á propósito de diagnósticos finos obtenidos por un solo y único signo, lo refiere el eminente profesor que critico. Dice así:

«En otros casos es suficiente el descubrimiento de la leucoplasia comisural para hacer un diagnóstico tan exacto como espinoso. Tal ocurrió con un pintor que fué conducido á mi clínica del Hospital Laënnec, en resolución completa, en estado comatoso, y que murió á las cuarenta y ocho horas sin recobrar el conocimiento. En este hombre, las mandíbulas contraídas... (¿Pues dónde está la resolución completa?) no permitían ver la lengua ni las fauces; pero al examinar la mucosa de los carrillos se descubrió un triángulo comisural simétrico... (¡Buena la hicimos!), de color intermedio entre el nácar y la cáscara de cebolla... (Que debe ser un color precioso y difícil de precisar). Esto, á falta de otros datos... (De seguro no hacían falta más), me bastó para hacer el diagnóstico por exclusión. Eliminé el coma urémico, el mal comicial, la congestión alcohólica, y diagnostiqué sífilis encefálica.» (Bien hecho; porque eliminada la uremia, la epilepsia y el alcoholismo, no quedan más que la congestión y hemorragia cerebral: la colemia, la atrofia del hígado, la diabetes, la embolia cerebral, el absceso cerebral, la anemia cerebral aguda, la leptomeningitis purulenta aguda, la trombosis cerebral, el ataque apoplético histérico, la demencia paralítica, un colapso miocárdico, las intoxicaciones por el opio, la morfina, etc., etc., que pueden acompañarse ó terminar por estados comatosos.) Pero, claro está; en cuanto el Dr. Landouzy vió el triángulo ése entre el nácar y la cáscara de cebolla (¿para qué más?). «La autopsia, negativa en todos los demás puntos, nos hizo descubrir una congestión cerebral y un sifiloma fronto-parietal.» (Aquí lo que estorba es la congestión cerebral, porque lo bueno hubiera sido que la necropsia sólo de-

mostrase el sifiloma. De todos modos, conste que diagnosticar un sifiloma en un enfermo sumido en el coma, por una placa leucoplásica bucal, es de lo más atrevido que yo he visto. En el estado que se presentó ó presentaron al enfermo de referencia, cualquiera hubiera diagnosticado congestión cerebral, ó algo así; pero descubrir la sífilis es una exquisitez clínica verdaderamente admirable.)

Dice después el Dr. Landouzy que «si ha insistido en la historia de las enfermas que presentaban con variados aspectos leucoplasia en la cara interna de los carrillos, ha sido para indicar que ha encontrado en ellas leucoplasia sin la colaboración del tabaco, *pero no placas leucoplásicas sin sífilis anterior,* y que, en fin, *la causa principal de las leucoplasias es la sífilis*».

Pues bien; yo estoy por hacer un viaje á París (y lo haré, Dios mediante), y presentarme al Dr. Landouzy, para enseñarle una hermosa placa leucoplásica que tengo en la mucosa del carrillo—lado izquierdo—hace catorce años, siquiera para que el distinguido maestro vea *un caso de leucoplasia sin sífilis anterior*.

Porque, créame el Dr. Landouzy: éste, su más humilde servidor y admirador, *no ignora* que no ha tenido sífilis, ni la tiene; lo que sí poseo, para mi satisfacción y quizá *efectos consiguientes,* es una leucoplasia que no es debida al tabaco, ni á la sífilis, ni sé á qué puede obedecer, pero que me han visto y tratado varios compañeros, sin conseguir más que provocar el aumento de tamaño y espesor de dicha lesión cuando se me ha sometido al tratamiento cáustico en cualquier forma.

Y me cito en primer término, porque aquí estoy vivo y coleando, y á la disposición del Sr. Landouzy, pero en el mundo hay más. Vamos á ver, ¿cómo se puede demostrar que las leucoplasias son de naturaleza sifilítica? Usted lo dice: «En unos casos lo demuestran los resultados terapéuticos; en otros, lo denuncian la enfermedad del marido; en otros, lo prueban la concomitancia de afecciones sifilíticas de naturaleza innegable.»

No puedo presentar ningún caso fundado *en la enfermedad del marido,* sencillamente porque no he visto placas (y no dudo que las haya, sólo que yo no he tenido ocasión de observarlas) en señoras, pero sí voy á ofrecer á usted pruebas en contrario de su primera y tercera aseveración.

El padre de un distinguido médico titular de un pueblo de la provincia de Madrid, señor de sesenta y siete años, padece, desde la edad de veinte, una típica leucoplasia lingual de lo más característico. Por dos veces se ha pensado en la naturaleza sifilítica de tal lesión, y por tanto, se le sometió al tratamiento mercurial. Pues en las dos ocasiones hubo que suprimir inmediatamente el tratamiento

específico, porque se produjo una glositis enorme, acompañada de infartos ganglionares y acentuadas molestias que no sentía antes. Es decir, que el mercurio no sólo no mejoró la leucoplasia, sino que la empeoró notablemente. Por tanto, los *resultados terapéuticos* demostraron que la lesión *no es sifilítica*.

Segundo caso: un compañero mío de Facultad, sifilítico, ofrecía una placa de leucoplasia en cada lado del carrillo; muy poco fumador, pero aficionado á la bebida, y á Venus principalmente. Este joven estaba sometido al tratamiento específico, que llevaba con mucho cuidado. El mercurio mejoró rápidamente todos los síntomas secundarios que padecía el enfermo, *menos* las leucoplasias, que no se enteraron, poco ni mucho, de semejante terapéutica activa.

Tercer caso: un cliente mío, casado, treinta y dos años, padeció sífilis en su juventud, y actualmente, de vez en cuando, tiene que recurrir al jarabe Gibert para combatir alguna que otra manifestación de la piel ó mucosas. Este enfermo me consultó en una ocasión acerca de una placa del carrillo, que no desaparecía, como las demás, y que asentaba inmediatamente enfrente del primer molar izquierdo. Este molar ofrecía una arista cortante que mantenía una excitación permanente en la mucosa. Dicha placa no era tal placa mucosa sifilítica, como creía el enfermo, sino una verdadera leucoplasia. Ordené que se extrajera el molar citado, y se acabó la leucoplasia.

De suerte que estos dos casos demuestran que no solamente el tratamiento mercurial no ejerce la más pequeña acción sobre las verdaderas leucoplasias, sino que la concomitancia de afecciones sifilíticas de naturaleza innegable no autorizan á pensar que aquéllas obedezcan á la misma causa, ni mucho menos. Tengo la seguridad de haber visto más enfermos leucoplásicos, en los que la sífilis para nada intervino; pero los anteriores, que recuerdo perfectamente por unirme con ellos lazos de estrecha amistad, son bastante demostrativos, y sobre todo, aquí me tiene usted á mí, Sr. Landouzy, que soy leucoplásico, y además fumador empedernido, pero no sifilítico, en buena hora lo diga.

En resumen: que no me parece mal en que «detrás de la leucoplasia se busque siempre la sífilis»; pero creo que muchas veces no aparecerá ésta ni detrás ni delante de aquélla: y que si el Sr. Landouzy sigue «examinando la mucosa bucal de un enfermo», ha de encontrar casos, yo se lo aseguro, de «leucoplasias sin sífilis anterior», porque la causa de la leucoplasia no es siempre la sífilis (1).

(1) Las líneas entrecomilladas que me han servido de base para hacer la crítica de la comunicación del Sr. Landouzy, las he tomado de la *Gazette des Hôpitaux* y de la Revista de Medicina y Cirugía Prácticas.

# HIPOCONDRIA EN LA VEJEZ

POR EL DR. ABDÓN SÁNCHEZ-HERRERO

**Director del Sanatorio del Pilar; de la Beneficencia municipal, por oposición.**

La edad senil es la resultante de la existencia. Como somos meros administradores de nuestra vida, usufructarios de ella, *nunca sus dueños*, nos preparamos los caracteres de la senectud según nuestros actos. A juventud disipada, vejez angustiosa. A juventud honrada, vejez tranquila. Esta verdad, que aprueba la lógica, la confirma la experiencia. Y luego, el viejo que ve tan cercana la muerte, en presencia del pavoroso problema de la eternidad y de la existencia, que sólo los espíritus superiores son capaces de mirar frente á frente, porque á los ignorantes les deslumbra como el sol á nuestros débiles ojos, tiene en sí mismo un tormento, que es la memoria. Es un sér vuelto hacia el pasado, y ¡cuántas veces quisiera volver sobre sus pasos y borrar de su historia actos á que le llevó la ignorancia que esclaviza ó la pasión que ciega! Pero el pasado, que los hombres olvidan, es en verdad indestructible.

D.ª L. A., anciana de sesenta y seis años, ha sido muy desgraciada. No ciertamente por su culpa; es dama de grandes virtudes y de conducta ejemplar. Ha tropezado en su vida con personas malvadas, de esas que tienen habilidad suficiente para evadir el Código, pero que violan con calculada frialdad los mandatos de la voz interior: la *conciencia*. Pensad en lo que podrá dar de sí la inteligencia aplicada á producir el mal. Y se comprende que ha de haber sufrido mucho. Porque el hombre tiene siempre resistencia bastante para convertir el dolor en trabajo, y éste consuela. Véase un sujeto que ha experimentado una emoción profunda (muerte de un sér querido, por ejemplo); pues bien, él buscará su alivio empuñando el pincel, el cincel ó la pluma para olvidar la realidad, y lo conseguirá bien pronto. *Trabajar es orar,* dijo Víctor Hugo. No sólo se ora en el altar, sino en el taller, en la fábrica, en el surco, sobre la cuartilla, ante el lienzo y en la mina. Mas á las pobres mujeres les quedan las lágrimas.

*Análisis de esta conciencia.*—Procederé á él, contando con la benevolencia del lector. Paréceme, por lo menos tan importante el estudio de las inteligencias como el de los microbios, con permiso sea dicho de los señores bacteriólogos, y dispuesto á recibir humilde su *anatema sit*. El caso es que yo lamentaré siempre el tiempo que he perdido en mi juventud ocupado en estudios de pura Botáni-

ca, mientras yacían cubiertos de polvo en un rincón de mi biblioteca, relegados al olvido por mi ignorancia, los libros de Psicología, los cuales, basados en el aforismo de la sabiduría antigua sobre el pórtico de Delfos: *Noscé te ipsum,* son el camino cierto de la verdadera ciencia. Primer carácter de esta alma: *temor grande á la relación inter-psíquica.* El que ha llevado una vida de dolor, teme de ordinario el advenimiento de un mal mayor que los anteriores. Es pesimista, porque las ilusiones que acaso tuvo al comenzar la vida, se desvanecieron poco á poco al frío soplo de la experiencia. Porque ha conocido prácticamente la ingratitud, y repetirá con Ovidio: *Mientras seas feliz, contarás con innumerables amigos.*

*Propensión exagerada al llanto.*—Cuando las exigencias sociales obligaban á esta señora á recibir á los visitantes, se conmovía hasta el punto de llorar durante la visita y aun algunas horas después. Veces había en que, sin mediar este motivo, lloraba igualmente, y decía entonces que era porque los recuerdos acumulados la atormentaban. El llanto es la fuerza de los débiles. Los que sabemos que en el mundo moral no hay pequeñas causas, no podemos extrañar que las lágrimas de la madre de Coriolano—por ejemplo—bastasen para salvar á Roma, porque estamos convencidos de la naturaleza redentora del dolor y de que éste es el acicate del progreso. Cuando la emotividad disminuye y la voluntad aumenta, se llora rara vez. Toma entonces la emoción otros equivalentes orgánicos, que redundan en beneficio de los otros. Son más útiles.

*Egoísmo.*—Colocada esta enferma en mi Sanatorio del Pilar, pude conocer sus hábitos. Dijo un grande escritor del pasado siglo: *Los hombres se conocen por los pequeños detalles.* Y es tan cierto, que nadie que viva reflexionando podrá contradecirlo. No podía D.ª L. A. soportar el más leve ruido, ni la más insignificante molestia. En cuanto otra paciente se movía, la miraba con ira y me pedía á la hora de la visita que se la encerrase. Hubiera querido estar sola en la clínica, para ser así el objeto único de atención. Tenía en su habitación una campanilla, á fin de avisar á la enfermera. Sus llamadas eran muy frecuentes, en particular de noche; algunas eran con motivo, pero la mayor parte sin él. Si meditamos, veremos que estos seres se hacen egoístas en contacto con el egoísmo infinito del mundo. ¿Quién que se haya visto pobre, dudando ó desconsolado, ha dejado de sentir como un rayo que abrasa la conciencia la imagen de los hombres vueltos de espaldas y sin hacer nada por él?

*Paroxismos agitados de D.ª L. A.*—No eran éstos los caracteres únicos del estado psíquico de mi historiada. Cuando se creía desatendida, cuando sus parientes ó amigos tardaban demasiado, en su opinión, en ir á verla, entonces se ponía furiosa. Se deshacía con vio-

lencia el peinado y hasta trataba de arrancarse los canosos cabellos. Equivalentes motores, poco duraderos por fortuna, y que cedían pronto á la sugestión vigil manejada con discreción. Nada agota más las fuerzas que la ira. Si el colérico lo comprendiese, acabaría por dominar una pasión que puede serle funesta. Á la ira se atribuye la muerte de aquel gran patólogo inglés que se llamó Jhon Hunter. Este efecto nos lo explicamos hoy por la acción demostrada de las emociones sobre la nutrición *(cambio atómico)*. La vejez no debe ser la ira, sino la paciencia; no se concibe la pasión después de la depuración del alma por el dolor y el trabajo de la existencia, cuando en breve ha de rasgarse para ella el velo que oculta aquí á la verdad.

*Resumen de su estado orgánico.*—El hecho más notable que debo señalar en este sitio es la existencia de una voluminosa hernia umbilical, la cual, por las condiciones de edad y debilidad orgánica, no era adecuada para el tratamiento quirúrgico. Se la había recomendado un simple vendaje contentivo. Por otra parte, los trastornos ventrales se limitaban á alguna tendencia á la astricción, vencida con facilidad por las píldoras de podofilino. Como se ve, la situación, mirada por el aspecto objetivo, no ofrecía peligro inmediato. Pero la obsesión, la idea fija de esta señora, la constituía el estado local. En cuanto los purgantes obraban con alguna lentitud, temía que llegase la obstrucción intestinal. Y caía en un eretismo que la impedía el sueño, imposibilitándola para pensar en ningún otro punto. Revelábase también su excitación en estos momentos por frecuentes y agudas odontalgias.

*Diagnóstico.*—¿Es este un caso de locura senil? No; la locura senil pertenece al gran proceso de degeneración de los autores (vejez prematura de mi padre. Véase *Curso de Medicina interna*, t. I.), y presenta los siguientes caracteres: Escasa memoria de los sucesos próximos, y en cambio, gran fidelidad de recuerdo de los primeros tiempos de la vida. Tránsito brusco é inmotivado del llanto á la risa y de la risa al llanto. Conversación incoherente é insustancial, acusando la dificultad creciente en la asociación de las ideas. Apego excesivo á objetos de escaso valor, que miran como si lo tuvieran inestimable. Adquisividad exagerada. Temor constante á ser robados, por lo cual cierran con cuidado especial puertas y ventanas. Esta es la causa de que rehuyan las relaciones sociales, de que se aficionen á la soledad y de que se nieguen en absoluto á vivir en compañía de sus hijos.

Como se ve, el cuadro es muy distinto al que se presenta en mi historiada. ¿Será, por ventura, histérica? No hay ningún motivo serio para pensarlo. El histerismo, muy bien conocido desde los trabajos de Charcot, del malogrado Gilles de la Tourette, y sobre todo,

de la escuela psicológica representada por Janet y por el profesor Grasset, es una de las enfermedades más fácilmente diagnosticables. Debemos adquirir la maestría suficiente para ver el histerismo *cuando exista,* y evitar verlo donde no lo hay. Se hacen unos diagnósticos de histerismo por precipitación en el examen é insuficiencia de análisis clínico de los síntomas, que son enormes errores. Durante mucho tiempo se ha llevado al capítulo de *histerismo,* como al de *neurastenia,* todo aquello que estorbaba y que no se sabía dónde clasificar. Procedimiento rutinario, empírico é indigno de la ciencia. Afortunadamente, un estudio más escrupuloso de las historias clínicas nos permite hoy comprender mejor el síndrome de ambas afecciones, y el regreso á la confusión no será ya posible.

En resumen: señora anciana, de existencia acibarada por el dolor; temerosa del contacto del mundo, porque de él sólo ha recibido penas; egoísta, por la conciencia íntima que tenía de su propio desvalimiento; irritable, como expresión reaccional de su interior inquietud; con el pensamiento fijo en el estado del organismo, porque sentía desvanecerse el tiempo pasado, y próxima, muy próxima, la insondable eternidad; natural es que este organismo decrépito llevase la perturbación á su mente bajo la forma de *hipocondría;* porque la hipocondría es afección psíquica muy común, que aumenta, que agiganta las percepciones, que las intensifica hasta el punto de atormentar al sér que ha de apercibirlas; en la que á los dolores físicos, se agregan los morales, constituyendo uno de los males mayores que encierra la caja de Pandora que se llama Patología.

# REVISTA DE ESPECIALIDADES

POR EL PROFESORADO DEL INSTITUTO RUBIO

## Anestesia.

**¿Es bueno cubrir la mascarilla de una servilleta en la cloroformización?**—*(La Semaine Médicale.*—Notes chirurgicales. Juin 1908.)

Este método, que no es nuevo, se debe al Dr. Péraire (de París) para el cloroformo (1901), y al M. el Dr. Frankenstein para el éter.

El Dr. C. Hofmann, cirujano jefe del nuevo hospital de Kalk, le recomienda nuevamente, describiendo la manera de practicarle.

La mascarilla debe ser de ocho láminas de gasa hidrófila, y tener preparado una servilleta plegada. Colocado el enfermo en decúbito supino, se le hace contar lentamente desde el número 200, y se le aproxima la máscara, aun seca. Cuando la respiración se hace regular y profunda, se vierten sobre la máscara muy lentamente 5 á 6 gotas de cloroformo (según que se trate de un niño, una mújer ó un hombre vigoroso); después, una á una, y muy rápidamente, se hacen caer aún de 3 á 20 gotas; se recubre entonces la máscara con la servilleta, elevándola en la línea media. El ayudante que sujeta la cabeza tiene cuidado de la servilleta obturadora; cada cuarto de minuto, próximamente, se levanta la servilleta por un lado, y se vierten de nuevo de 3 á 20 gotas, volviéndola á dejar colocada.

La anestesia es completa al cabo de dos á tres minutos, tan pronto como el anestesista adquiera alguna práctica en el procedimiento. El entretenimiento se consigue echando algunas gotas de vez en cuando y á intervalos regulares.

Según el Dr. Hofmann, en cien anestesias practicadas por este método, ha podido comprobar la rapidez, seguridad y poco gasto de cloroformo.

---

**Intoxicación ácida consécutiva á la anestesia por el cloruro de etilo.** *(Lancet: Semaine Médicale.* 10 Juin 1908.)

M. Cunningham ha tenido ocasión de observar, á consecuencia de una anestesia por el cloruro de etilo, el mecanismo de la acidosis provocada por los anestésicos.

Una niña de seis años, con buena salud general, fué operada de vegetaciones adenoídeas. La anestesia obtenida por el cloruro de etilo dura próximamente un minuto. El despertar se verifica en buenas condiciones, pero por la tarde tiene dos vómitos. Al día siguiente se queja de dolor de cabeza, náuseas y vómitos, apenas ingiera alimentos. Al segundo día continúa en el mismo estado, pero al tercero se agrava notablemente; hay torpeza marcada, el pulso es frecuente é irregular; á intervalos da gemidos entrecortados. El examen de la orina acusa cantidades muy apreciables de ácido diacético.

Para luchar contra esta intoxicación se le administra el bicarbonato de sosa por la vía bucal y rectal, notando marcada mejoría, que se sostiene en aumento hasta la completa curación.

El Dr. Cunningham manifiesta que estos mismos accidentes pueden presentarse con el cloroformo.

---

**La picrotoxina como preventiva de los vómitos post-cloroformicos.**
(*Tribuna Médica*. Mayo 1908.)

Paterson (de Glasgow) señala los constantes efectos por él obtenidos con la picrotoxina.

Para lograr este fin terapéutico, se sirve de una disolución titulada (2 decigranos por 100 gramos de agua), de la cual inyecta 20 gotas (1 centímetro cúbico); siendo la dosis inyectable para un niño, de 5 gotas. Es necesario dar la inyección apenas terminada la anestesia. Si los vómitos se hubieran presentado, cesan rápidamente á seguida de la inyección. En el caso extraordinario de que persistieran después de practicada, puede darse otra segunda á los diez minutos de la primera, pero sólo á la dosis de 10 gotas.

---

**Efectos del cloroformo sobre la sangre y el hígado de los niños**
(*Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*. Junio 1908.)

En los niños con estado linfático ó tímico, la anestesia quirúrgica por el cloroformo puede ejercer una acción nociva más ó menos tardía, capaz hasta de producir la muerte. Cinco casos desgraciados de la clínica del Dr. A. Nota, en el Hospital de Niños de Turín, indujeron al Dr. Brun á estudiar la acción del cloroformo sobre la sangre y el hígado en los niños.

Resulta de sus investigaciones, que los elementos sanguíneos reaccionan á la anestesia clorofórmica en sentido inverso á la edad

del niño y en razón directa á la duración de la anestesia quirúrgica. Los glóbulos rojos presentan alteraciones degenerativas, y su número está disminuído. Los leucocitos, por el contrario, aumentan, observándose prolinucleosis neutrófila atípica; después sobreviene un período corto de mononucleosis. Estas alteraciones duran de cuatro á nueve días.

El hígado se halla siempre interesado, á juzgar por la glucosuria adrenalítica y por la levosuria alimenticia constantes después de la narcosis clorofórmica, y cuya intensidad se halla en razón inversa de la edad del enfermo y de la cantidad de anestesia empleada. Persisten de dos á siete días.

Todas estas alteraciones son ligeras y transitorias, siempre que no haya insuficiencia funcional latente ni causa de debilidad como las que existen en los estados de linfatismo y de hipertrofia del timo. Por consiguiente, en los niños sin estos estigmas, la narcosis clorofórmica, bien manejada, no es peligrosa.

---

**A propósito de la raquiestovainización.** (*Le Monde Médical*, Junio 1908.)

Entre cincuenta y una intervenciones, la anestesia ha fallado siete veces, y para poder terminar la operación ha sido menester recurrir al cloroformo. Nunca se han observado accidentes mortales; sin embargo, una vez en una mujer operada de un enorme quiste del ovario, se presentaron accidentes sincopales inquietantes, que por fortuna no duraron mucho. En los casos en los que el Dr. Murray empleó la solución de coca-estovaína, estos accidentes sincopales han sido más frecuentes y se han acompañado de pequeñez de pulso y vómitos. Varias veces se ha observado una retención de orina más ó menos prolongada; una vez hubo incontinencia de orina y materias fecales. Estas dos últimas complicaciones deben preocupar al cirujano, pues no hay que olvidar que una retención de orina que necesita la introducción en la vejiga de una sonda varias veces al día, y esto durante un mes, no deja de ofrecer algunos peligros bajo el punto de vista de la infección de las vías urinarias. Y aun cuando la incontinencia de materias fecales y de orina cura definitivamente al cabo de un tiempo más ó menos largo, no por ello deja de constituir una enfermedad muy pesada para los mismos enfermos, aun cuando no sea más que pasajera. Estos dos casos graves de retención de orina y de incontinencia no han sido observados sino en las últimas anestesias raquidianas. Así es que, á partir de estos casos, Murray ha renunciado á la raquiestovainización.

Dr. Fermín Martínez Suárez

## Huesos y articulaciones y Cirugía ortopédica.

*Zeitschrift für Orthopädische Chirurgie.*

**La escuela y la escoliosis,** por A. Schanz.

El autor examina la importancia que pueda tener la escuela como productora de la escoliosis. Según la antigua teoría sobre la etiología de la escoliosis, correspondía á la escuela gran parte de responsabilidad como productora de la deformidad, en vista de lo cual se intentó combatirla, poniendo gran esmero en la forma de los asientos de los escolares, etc., etc., á pesar de lo cual no disminuyó el número de escoliósicos.

La razón de esto estriba en que, según demuestran las recientes teorías sobre la etiología de la escoliosis, las causas de ésta son mucho más complejas y numerosas de lo que se creía. Las escoliosis por las cuales se puede culpar, con derecho, á la escuela, son generalmente formas ligeras, fácilmente accesibles á la terapéutica. Las formas más graves, las que se observan en mayor número en los escolares de clases superiores, son debidas á una disminución de resistencias por constitución deficiente ó por avecinarse la pubertad; la escuela representa únicamente un coeficiente ocasional que contribuye á agravar la deformidad. Se debe, pues, llevar la lucha contra la escoliosis fuera de la escuela; conviene mantener cuanto se ha logrado alcanzar en punto á higiene escolar, sin olvidar que queda aún mucho por hacer fuera de ella.

---

**Una mejora en los tendones artificiales,** por Lange.

En varios casos en los que empleó la seda en cierta cantidad para construir tendones artificiales, encontró con frecuencia aumentada la secreción de la herida. Lo cual podía hacer peligrar la curación; investigaciones experimentales demostraron que era debida al sublimado, en el cual venía hervida la seda. El autor modificó la preparación haciendo enjugar la seda después de la ebullición en el sublimado, y haciéndola hervir luego durante una hora en parafina.

Este procedimiento lo está empleando desde hace año y medio, con excelentes resultados.

---

**Método de reducción de la luxación congénita de la cadera con posición primitiva en extensión completa,** por Hoeftmann.

Sirven de base á este procedimiento estudios anatómicos sobre el modo de comportarse el ligamento íleofemoral en los diversos movimientos de la cadera, considerando también el mayor ó menor

grado de anteversión del cuello femoral. Para obtener la reducción, lleva primero el fémur en hiperflexión, adducción y rotación interna, hasta colocar la cabeza frente al cotilo; después ejecuta la rotación externa, y con movimientos de palanca lleva el fémur á la abducción y flexión de 90°.

Obtenida la reducción, mantiene la hiperextensión, pero disminuye lentamente la abducción, pasando de la rotación externa á la interna. Cuando la articulación se encuentra en ligera abducción, manteniendo siempre la hiperextensión, pone de nuevo el miembro en rotación externa. Entonces lo mantiene en esta posición mediante un aparato ortopédico que comprime el fémur contra el cotilo, permitiendo graduar la abducción. Sus resultados han sido satisfactorios.

---

**Sobre el tratamiento de la luxación habitual de la rótula,** por M. Handek.

Los procedimientos cruentos no dan suficiente garantía contra la recidiva; por eso son preferibles los medios mecánicos.

El autor empleó con buen éxito en tres casos un aparato en forma de herradura, que se aplicaba al lado externo de la rótula, fijándose por medio de una cinta elástica.

---

*Archivio di Ortopedia.*

**Tortícolis espasmódica: extirpación del nervio de Willis,** por el doctor Fieschi.

*Conclusiones.*—La extirpación del nervio recurrente de Willis para la curación del tortícolis espasmódico puede conducir á buenos y duraderos resultados.

Puede practicarse en pocos minutos, sin exigir ligadura alguna de vasos.

La incisión anterior ó premastoidea me parece preferible con mucho á la post-mastoidea, ó de Tillaux.

Esta operación no conduce á una completa curación, pero es de satisfactorios resultados; siendo de poco riesgo, ofrece al cirujano el medio de obtener un máximo fin con mínimos medios.

La extirpación del XI nervio cerebral es preferible á los otros, los cuales tampoco suelen proporcionar un resultado completo, siendo más molestos y peligrosos para los pacientes.

Yo creo que la operación obra por sí mecánicamente y no por sugestión, observando que faltan los movimientos que eran ordenados por el nervio extirpado, presentándose tan sólo algunos pequeños

movimientos anormales, dependientes de los troncos que se han dejado intactos.

Esta operación no pretende suprimir el tortícolis espasmódico; pero lo reduce con una intervención insignificante á proporciones mínimas, con grandes ventajas para el enfermo.

---

*Annals of Surgery.*

**Avulsión de la espina de la tibia,** por Hogert Pringle.

Existen cuatro casos de esta lesión, según el autor. En el suyo ha sido en el primero en que se ha intervenido. Un hombre de treinta y dos años de edad sufre un violento golpe de una galga de un carro: cae al suelo, é inmediatamente advierte como si la rodilla hubiese sufrido una fuerte flexión hacia dentro. Su pierna está en abducción sobre el muslo, y aquélla y la rodilla muy inflamadas. Parece que se trata de un arrancamiento de los ligamentos laterales interno. No existen movimientos anormales laterales y ántero-posteriores. A los doce días se le practica la artrotomía, encontrando un fuerte derrame articular y el ligamento cruzado anterior desprendido, con la espina de la tibia. Se suturó el fragmento óseo. Curación completa.

El mecanismo del arrancamiento debió ser flexión, abducción y rotación interna de la pierna, combinados.

Dr. Palacios y Olmedo

---

## Medicina del aparato digestivo.

**Valor terapéutico del bicarbonato de sodio en las gastropatías.**
*(Boletín de la Academia de Medicina de París.)*

El profesor Hayem dió lectura á un trabajo, en el cual, después de haber recordado que el empleo de los alcalinos, y en particular del bicarbonato de sodio, deben ser proscritos en los hipopépticos, reconoce que estos medicamentos pueden, al contrario, utilizarse en los hiperpépticos, sea á título de calmantes, sea como modificadores del proceso de la digestión.

El mismo ilustre profesor Hayem declara, sin embargo, haber renunciado al uso de los alcalinos como calmantes, porque no tardan en aumentar las crisis dolorosas predigestivas de los enfermos, quienes además se hacen verdaderos alcalinófagos, y los reemplaza por el subnitrato de bismuto á altas dosis, administrado por la ma-

liana en ayunas. Es la verdadera medicación del dolor de estómago.

Por lo que hace al segundo punto, es decir, al empleo de los alcalinos como modificadores de la digestión, también ha sido abandonado por el profesor Hayem, sustituyéndolos por una solución de agua de Carlsbad artificial, cuyos efectos son á la vez más pronunciados y más durables.

En suma: el bicarbonato de sodio y las aguas alcalinas fuertes no deben figurar más que en segundo orden en el tratamiento de las gastropatías.

---

**Modo de administrar los amargos, y modo de administrar los alcalinos,** por el Dr. Plá y Armengol. *(Anals de Medecina. Butlletí de l'Academia y Laboratori de Ciencies Médiques de Catalunya.)*

I. *Modo de administrar los amargos.*—Es clásica la administración de los amargos un cuarto de hora antes de comer, para excitar la secreción glandular antes de la llegada de los alimentos. Y no obstante, la moderna fisiología gástrica nos ha enseñado que el trabajo de la mucosa, si bien empieza desde que se han impresionado las papilas gustativas, no llega á la verdadera secreción péptica hasta la entrada de los alimentos en el estómago, acentuándose á las dos ó tres horas, momento del acmé digestivo, que se efectúa más ó menos antes, según la cantidad y calidad de los alimentos. Por lo tanto, dando un excitante gástrico antes de los alimentos, nos exponemos á perturbar la función natural y hasta podemos llegar al agotamiento de la mucosa, que segregará su jugo cuando todavía no ha llegado la hora de que sea útil, no produciendo otro resultado que la sensación falsa de hambre que determinan los aperitivos comerciales (vermouth, ajenjo), que se acaba á la más pequeña ingestión de alimentos, llegando así á la producción de gastritis si este uso se prolonga.

Por estos motivos, Bourget aconseja administrar los amargos en un poco de agua desde que se empieza á comer y durante la comida. Así, dice, que une al alimento una propiedad excitante más.

Realmente, la idea de Bourget es de aquellas que se imponen. Si la secreción, según los descubrimientos iniciados por Pawlow, comienza por la acción del amargo, y después va sosteniéndose por la excitación que los productos primeros de la digestión determinan en el aparato secretor, el principal objeto del clínico ha de ser lograr que el trabajo secretor empiece, y que empiece en punto y hora que pueda actuar sobre alimentos, dando siempre lugar á los productos encargados de sostener la secreción mientras sea necesaria.

Y para esto, nada mejor que la ingestión al mismo tiempo del excitante normal (alimento) y del excitante artificial (amargo). Y no

hay que insistir en la necesidad de administrar los amargos en solución, porque es ya de todos bien sabido que su acción es por la impresión que determinan en la mucosa bucal, y que un amargo depositado directamente sobre la mucosa gástrica, como ha demostrado últimamente Roger, no produce la secreción. Los amargos en píldoras ó en sellos son perfectamente inactivos.

II. *Modo de administrar los alcalinos.*—Los modernos gastropatólogos han dado la demostración plena de que las molestias gástricas que determina la hiperclorhidria son debidas á las dificultades de evacuación del píloro que la hiperacidez produce. Por este motivo, el interés del clínico en estos casos debe dirigirse principalmente á procurar que el vaciamiento gástrico se haga lo mejor posible, pues si lo logra, se corrigen las molestias del gastrópata.

Hasta ahora, la tendencia de los clínicos conocedores de los descubrimientos sobre el quimismo gástrico, ha sido la de dar fuertes dosis de alcalinos, con el fin de neutralizar lo más completamente posible la gran cantidad de ClH que en la hora del acmé digestivo se encuentra en el estómago de un hiperclorhídrico, y así, todos han visto recomendar y todos han dado dosis de 8 y 10 gramos de bicarbonato, y todos han llegado á 15 y 20 en los casos intensos. Pero los estudios de Pawlow y sus discípulos empezaron á dejar entrever que aquella neutralización que se quería tan completa podía, si se lograba, resultar perjudicial, porque cierto grado de acidez del quimo, al atravesar el píloro, era necesaria para producir el estímulo duodenal que regula la secreción pancreática, biliar é intestinal.

Esta misma orientación ha llevado á algunos á estudiar la influencia de los ácidos en el rítmico abrir y cerrar del esfínter pilórico, y Cannon, después de recoger las observaciones de otros autores y de una serie de las suyas bien documentadas, sienta la teoría de que el píloro se abre cuando al lado suyo, y por la parte del estómago, hay una parte de ClH libre. Así, la acidez del contenido estomacal produce el relajamiento y la abertura del píloro, y la acidez del contenido duodenal determina, hasta que los jugos intestinales la han neutralizado, el cierre pilórico.

Estos hechos de fisiología se compaginan perfectamente con el hecho clínico del cierre espasmódico del píloro por hiperacidez, produciendo sobre él la tendencia á cerrarse por la exagerada acidez duodenal del quimo que pasa y la influencia irritante del quimo hiperácido sobre la mucosa prepilórica, hipersensible por congestión, por llaga, ulceración ó por nervosismo. Y por esto no ha de extrañarnos que, al bajar la acidez del quimo, *no al neutralizarlo,* el píloro funcione mejor y desaparezcan las molestias. Conviene que el quimo atraviese el píloro ácido, para estimular las secreciones que

concurren á la digestión intestinal, pero no muy ácido, porque costando mucho su neutralización, la vuelta del cierre del píloro tardaría demasiado, y la evacuación se retardaría más de lo conveniente.

En un hombre sano y con el estómago vacío, una dósis de bicarbonato de sosa (0,50 gr.) produce al cabo de media hora una pequeña cantidad de ClH libre; esta secreción es más abundante y es producida más fácilmente cuando más concentrado es el alcalino. Durante la digestión, la neutralización se hace tanto mejor cuanto más bien funcione el píloro. Mas no se llega nunca á obtener la neutralización del contenido gástrico durante el curso de una digestión, sea la que se quiera la dosis del alcalino, si éste se da de un solo golpe. En sanos y en enfermos se han dado fuertes dosis de alcalinos, las necesarias para obtener la neutralización total del quimo, y siempre, al cabo de media hora ó de una hora, la acidez vuelve á subir á la mitad ó á su tipo primitivo.

Y dice Bourget: «Si no podemos neutralizar completamente el jugo gástrico, podemos ciertamente rebajar su gran acidez durante todo el curso de una digestión, y principalmente en las últimas etapas de ésta. No pediremos una neutralización, sino que procuraremos llegar al grado normal de acidez. Y esta corrección será bastante para facilitar la función del píloro, tanto más cerrado cuanto más alto es el grado de acidez.»

Para poner en práctica con toda exactitud estas ideas, sería preciso conocer los grados de acidez en las comidas de prueba. Sin embargo, con alguna práctica y algunos tanteos, se llega en cada enfermo á saber la dosis necesaria y la hora que es preciso darla.

El alcalino preferido por Bourget es el bicarbonato de sosa en solución que no pase del 1 por 100, y también le gusta, por su acción sobre la digestión intestinal, el fosfato sódico y el sulfato sódico.

La fórmula de que se vale es la siguiente:

Bicarbonato sódico químicamente puro, de 8 á 10 gramos.
Fosfato sódico seco..... 4 »
Sulfato sódico seco..... 2 »
Un paquete.

Se disuelve el papel en un litro de agua, y por porciones de 50 á 100 gramos, tomadas á las horas de la digestión tardía (dos ó tres horas después de comer), cuando aparecen (antes, si la hora se ha precisado), y mientras duren las molestias, se hace la corrección del grado de acidez.

De este modo, con dosis de alcalinos muy pequeñas, se corrige la digestión de los enfermos de alta tasa clorhídrica, y la mejoría es un hecho respecto á todo el funcionalismo.

DR. LÓPEZ CAMPELLO

## Medicina interna.

**Frecuencia de la estenosis mitral**, por Nampein. *(Deutsche Medizinische Wochenschrift.* Julio 28 1908.)

Dice Nampein, que la estenosis mitral pura es una afección frecuente, lo mismo bajo el punto de vista clínico que anatómico. Un diez y hasta un veinte por ciento de las lesiones de la válvula mitral son estenosis puras. El signo más importante de tal lesión consiste en la acentuación del primer tono mitral y en la presencia de un murmullo presistólico en la punta. El último signo puede ser tan ligero, que con facilidad pasa desapercibido.

La acentuación del segundo tono pulmonar es muy marcada; pero este refuerzo no se oye bien en el segundo espacio intercostal izquierdo, sino en la unión de la tercera ó cuarta costilla con el esternón y aun más abajo en la porción inferior del esternón. La estenosis mitral pura es, según este autor, la más benigna de todas las afecciones mitrales, y por esta razón pasa frecuentemente sin ser reconocida. La insignificancia del murmullo presistólico, unido á la falta de otros síntomas que llaman la atención, ocultan muchas veces su existencia.

---

**Tratamiento de la arterio-esclerosis cerebral por la hiperhemia artificial**, por Galli. *(Münchener Medizinische Wochenschrift.* Agosto 1908.)

La causa última de la arterio-esclerosis es, para este autor, la alteración degenerativa de los *vasa-vasorum*, que produce cambios de estructura y disminución en el calibre de los vasos afectos. La túnica interna de las arteriolas es la primera en sufrir los cambios arterio-escleróticos. La hiperhemia artificial produce notables modificaciones en los *vasa-vasorum*, como ha podido experimentar el autor en veinte casos de arterio-esclerosis. El tubo elástico se coloca alrededor del cuello y se comprime hasta que el manómetro marque de 20 á 50 milímetros. El tratamiento se continúa diariamente, variando la duración de las sesiones desde media hora al principio hasta cuatro horas; lo primero que se modifica favorablemente son los síntomas neurasténicos, que frecuentemente acompañan á esta forma de arterio-esclerosis, acompañándose muy pronto de un estado de bienestar general, como consecuencia del tratamiento. Las arterio-esclerosis avanzadas no benefician nada del método hiperhémico, que el Sr. Galli defiende calurosamente.

---

**Angioma pulmonar**, por M. Tuffier. (Soc. de Chir. de París, 8 Juillet 1908.)

Se trataba de un hombre de treinta y cinco años de edad, en el que se apreciaba un tumor bajo la axila del lado izquierdo, que aumentaba de volumen con la tos y los esfuerzos, y que se le podía reducir en el interior del tórax, dejando un orificio del tamaño de un disco de cinco francos. Se había diagnosticado absceso frío, pero al incindir los tegumentos se encontró las costillas desgastadas, abierta la pleura y formando parte del pulmón un tumor negruzco, cuya superficie sangraba fácilmente; se practicó la excisión simple del tumor, rellenando la cavidad con gasa mojada en percloruro de hierro. La curación se mantiene sin haber ocurrido accidente alguno.

---

**Hipertensión arterial é hipertensión laberíntica**, por Lafite Dupont. (Congreso francés de Medicina en Génova. — Comunicación del 5 de Septiembre de 1908.)

En los enfermos afectos de hipertensión arterial es frecuente observar alteraciones del oído interno, consistentes las más de las veces en ruidos subjetivos y disminución de la audición. El autor ha creído ver una relación directa entre la hipertensión arterial y la laberíntica, para demostrar cuya hipótesis ha realizado experiencias fisiológicas y clínicas, de las cuales se deduce: que aumentando la presión en el oído interno, ya por insuflación de aire en el conducto auditivo externo, ya por inyección de una solución isotónica en el laberinto, se aumentó también la presión reinante en la sangre; que la insuflación de aire intradural en la porción lumbar eleva la presión arterial; que la punción raquidiana al nivel del bulbo produce un descenso rápido de la presión; que la inyección de una solución isotónica en el eje céfalo-raquídeo determina un ascenso en la presión; que la punción lumbar disminuye la presión arterial de 4 á 8 centímetros de H. g. Los hechos parecen demostrar que la relación entre las presiones sanguíneas céfalo-raquídea y laberíntica no obedece á una causa puramente mecánica; es decir, que no se trata de fenómenos de orden hidrostático, sino reflejos cuyo centro vasomotor pudiera ser el mismo laberinto. Es imposible, por ahora, determinar si la hipertensión arterial es la causa eficiente de la hipertensión laberíntica. El autor ha podido observar que lo primero nunca falta cuando se presenta la segunda, y que en todas las hipertensiones arteriales hay, por lo menos, una disminución auditiva de los sonidos altos y una percepción menor por la vía endo-craneana. El tratamiento local de la afección consiste en el masaje vibratorio.

---

**Tratamiento operatorio de la gangrena pulmonar**, por Adler. (Sociedad de Medicina de Berlín. *Deutsche Medizinal-Zeitung*. Julio 1908.)

El enfermo, objeto de esta comunicación, era un hombre de cuarenta y nueve años, que presentaba fiebre de 39°, punzadas en el costado izquierdo y tos con abundante expectoración muy fétida. El esputo contenía, según examen microscópico, pedazos de tejido pulmonar, pero no fibras elásticas. A la percusión se notaba una zona maciza desde la costilla 5.ª á la 8.ª del lado izquierdo. Por la auscultación se observaba soplo bronquial y algunos estertores húmedos. Los rayos Röntgen demostraron una zona obscura que coincidía con la que revelaba la percusión. Como el enfermo no mejoraba, se decidió intervenirle. Se resecaron las costillas 6.ª y 7.ª, apareciendo unidas las dos hojas pluríticas. La incisión de la pleura dió salida á unas gotas de pus. El pulmón apareció entonces jaspeado y de consistencia hepática. Se incindió el pulmón con el termo en una extensión de 4 centímetros, llegándose á una pequeña cavidad como una pequeña manzana, de la que salieron trozos de tejido pulmonar muy fétidos. Se rellenó la cavidad con gasa iodofórmica, y al día siguiente, al cambiar el apósito, salieron más secuestros de tejido pulmonar.

A los catorce días desapareció la fiebre y la expectoración. El estado general del enfermo mejoró muchísimo, pues en poco tiempo ha aumentado el peso en seis kilos; y aunque hoy no han desaparecido del todo los signos físicos, el enfermo se encuentra perfectamente bien.

A. Mut

## Medicina legal.

**Muerte por electricidad**, por Angelo De Dominicis. (*Risveglio Medico*, año III, núm. 48. 1908.)

Entre los trabajos más recientes é importantes sobre la muerte por electricidad, llama el autor la atención principalmente sobre los de Kratter y Corrado. Para el primero, la muerte por electridad consiste en una parálisis central respiratoria, en la cual la causa de la suspensión primaria de la respiración dependería de alteraciones de la estructura molecular. Corrado, en sus hermosos trabajos experimentales (1), estudió las lesiones del sistema nervioso en la muerte por electricidad, en las cuales revelaba la impresión de violencia mecánica más exclusiva y característica. Según Modena y Fuá, las lesiones del retículo y de las neurofibrillas son escasas.

(1) En la *Medicina legal*, del profesor Lecha-Martínez (2.ª parte, págs. 866-868. 1905), encontrará el lector descritos muy extensamente los trabajos de Corrado.

Entran en la composición de la célula nerviosa substancias afines á la grasa (lipoides), muy malos conductores de la electricidad. Ahora bien: los efectos mecánicos de la electricidad pueden ser tanto más evidentes, cuanto menor es la conductibilidad; es así como nos explicamos en la muerte por electricidad las alteraciones de índole mecánica de los elementos nerviosos. Por esto la doctrina de Corrado le parece á De Dominicis, por hoy, la más aceptable. Kratter podría agregar—de índole mecánica—á su concepto de alteraciones de la estructura molecular. No me parece útil—dice con razón el ilustre profesor de Pavía—considerar la muerte por electricidad como una forma especial de asfixia interna, sino mejor aproximarla á las muertes traumáticas—por traumatismo eléctrico,—que puede comprender la muerte por electricidad y por rayo, distintas por grado.

De Dominicis termina este trabajo refiriendo un caso de muerte por electricidad, autopsiado en el Instituto Médico-legal de la Universidad de Pavía. Se trataba de un hombre de sesenta y nueve años, muerto instantáneamente por la acción de una corriente de 25.000 Volta (para no decir voltios). Se observó una emisión abundante, *post-mortem*, de esperma. En la planta de los pies, cuatro zonas amarillo-morenas, apergaminadas, con borde periférico rosa y en forma de ramo, como las descritas y dibujadas por Haberda (1). En todas las incisiones, ausencia de extravasación.

En el dorso de la mano izquierda y en el tercio inferior del antebrazo del mismo lado, en dos zonas aparece la piel más oscura; en el centro de la superior falta algo de vello. Incindiendo esta lesión, en el tejido celular subyacente al panículo adiposo, observó leves hemorragias, alguna de la anchura de un céntimo. Estas lesiones presentaban los caracteres de las anódicas (escara seca) ó los de las catódicas (escara blanda, hemorragia).

Ligero edema pulmonar; en la sangre del corazón algunas burbujas de gas, hecho observado por Corrado experimentalmente y por Biondi en un caso de muerte por rayo. En el cerebro, edema muy abundante y aumento de líquido en los ventrículos laterales.

Observando á débil aumento y con luz directa, las zonas de piel alterada, se veían diseños irregulares parecidos á las *figuras del rayo*, microscópicas, y que deberían tener relaciones de forma con la cintilla eléctrica. En algunos pelos vecinos, se observaban abultamientos circunscritos, por variación de los elementos ó abultamiento y rotura, expresando esto otro efecto mecánico de la electricidad sobre los malos conductores. Sobre estos hechos—termina De

(1) *Vierteljahrss, f. ger. Med.* 1907.

Dominicis—no poseemos otras observaciones; me basta llamar la atención, puesto que no deben ser olvidados en el estudio de aquellas lesiones internas, también en nuestro caso características, y que, como hacía observar Kratter, tienen un alto interés desde el punto de vista de la práctica diagnóstica corriente.

---

**Sobre el exámen médico-legal de las manchas de substancia cerebral,** por Guido Mansuino. (*Archivio di Psichiatría, Medicina legale*, etc., vol. XXIX, fasc. I-II, 1908.)

Los tratados de medicina legal tratan esta cuestión muy brevemente, y los métodos propuestos para el exámen de las manchas de substancia nerviosa son, además de estar bastante anticuados, infieles. Y todos sabemos, que en algunas circunstancias, la determinación de la substancia cerebral sobre un arma ú otro objeto, puede tener la más grande importancia.

Orfila humedecía la mancha sospechosa con agua destilada, y la sometía después á la acción del ácido sulfúrico, que en el caso de tratarse de substancia nerviosa adquiría una coloración violada. En el *Tratado de Micrografía general*, de Gallippe y Beauregard, se encuentran desóritos métodos histológicos. Se corta la mancha sospechosa en varios fragmentos, y unos son tratados por el alcohol al tercio, y otros por el ácido ósmico al 1 por 100. Después de veinticuatro horas, los fragmentos sumergidos en esta última solución son trasladados al agua y después disiacerados; los sometidos á la acción del alcohol al tercio se llevan á una probeta que contiene algunos centímetros cúbicos de agua. Se agita con fuerza para obtener la disociación del fragmento, se agregan algunas gotas de una solución colorante (carmín), y con la ayuda de una pipeta se toma un poco del sedimento, que después de unos momentos se habrá formado, y se obtienen así varios preparados. En el primer caso, la naturaleza nerviosa de la substancia constituyente de la mancha se manifiesta por la coloración de las fibras nerviosas; en el segundo, por la coloración de las células nerviosas y de la neuroglia.

Siendo éste el estado actual de la cuestión, Guido Mansuino, por las indicaciones del profesor C. Ferrai, ha realizado el estudio comparativo de los métodos, tratando de remediar sus inconvenientes, sacando partido de los grandes progresos hechos por la técnica en el estudio histológico del sistema nervioso.

La substancia nerviosa puede presentarse bajo la forma de mancha, cosa muy rara, ó bajo la forma de fragmentos depositados sobre un objeto; Mansuino describe los caracteres macroscópicos en uno y en otro caso.

Con la prueba de Orfila obtuvo resultados muy apreciables, pero dista mucho de tener valor absoluto y tampoco es muy sensible. Otras substancias, como el moco, esperma, etc., suministran también la reacción; únicamente se observa diferente, que á la coloración violada final preceden otras coloraciones.

Los métodos histológicos descritos presentan muchos inconvenientes: primeramente, sólo después de haber obtenido muchos preparados se consigue encontrar, en algunos, elementos celulares; además, éstos se encuentran tan transformados, que hay muchas dificultades para establecer un diagnóstico seguro. Por estas razones, Mansuino propone un nuevo método, en el cual figura como tiempo muy importante la *restauración del elemento nervioso*. Esto se consigue con la solución fisiológica de cloruro de sodio ó sencillamente con el agua destilada. Para las manchas con fragmentos, si se emplea la solución fisiológica de cloruro de sodio, la sumersión durará de treinta á cuarenta y ocho horas; empleando el agua destilada, basta con una hora y media ó á lo más dos, según el tamaño del pedazo, para obtener una reconstitución excelente. Con las manchas verdaderas, la restauración se consigue en treinta ó cuarenta y ocho horas si se emplea la solución fisiológica, y bastan tres cuartos de hora, una hora á lo más, si se recurre al agua destilada.

Es necesario antes de estò la *preparación de las manchas:* cortadas en pequeñas listas, que se miran por los lados manchados, se sumergen en el líquido regenerador, contenido en un pequeño tubo. Después *fijación*, y el autor recomienda preferentemente como fijador el sublimado corrosivo (solución saturada en solución fisiológica de cloruro de sodio); durará unas veinticuatro horas. Lavado en agua destilada, en agua yodada durante nueve ú diez horas; después veinticuatro horas en alcohol yodado, y fin, en alcohol de 80°, donde permanecerán indifinidamente, preparadas ya á los tratamientos sucesivos.

*Dislaceración.*—Se escogen principalmente ciertas gotitas lechosas, opacas, que aparecen sobre la mancha sospechosa y el tejido sobre que asientan. La dislaceración en una gota de agua ha de ser finísima. Una vez conseguida, se deseca el preparado y se procede á la *coloración*. Mansuino aconseja el método siguiente, modelado sobre el de Nissl. Coloración (20′) en una solución acuosa saturada de tionina; decoloración en solución alcohólica al 10 por 100 de aceite de anilina. Se somete rápidamente, y dos veces, á la acción del alcohol absoluto, y se trata después el preparado por el xilol; falta montarlo en bálsamo del Canadá.

Se pueden conservar indefinidamente sirviendo de piezas de convicción. Cuando la substancia nerviosa aparece en fragmentos, se

somete á la acción del líquido restaurador, fijación en sublimado, inclusión en parafina, coloración en el método descrito de Nissl.

Con sus métodos, no obstante la desecación, ha podido reconocer Mansuino la naturaleza nerviosa de manchas de ocho-diez meses; y se puede con toda verosimilitud, afirma el autor, hacer el diagnóstico aun en período de tiempo mucho más largo. Sus experimentos le han demostrado que en las manchas de materia cerebral, aun favoreciendo la putrefacción (calor, humedad), es posible, antes de la destrucción, el diagnótico microscópico. Cuando la destrucción es completa (enterramiento de las manchas en terrenos muy húmedos y en los meses del estío, contacto en termostato con líquidos putrescibles), el diagnóstico ya no es posible. Esto sucede en el primer caso á los quince-treinta días, y en el segundo caso después cuarenta y ocho-setenta y dos horas.

ANTONIO LECHA-MARZO
Interno, por oposición, de la Facultad de Valladolid.

## Neurología y Electroterapia.

**Tratamiento de la hiperhidrosis palmar por los rayos X,** por el Dr. Lanarí. (*Archives d'électricité médicale*, 25 Avril 1908.)

La atenta observación de los efectos de los rayos X sobre la piel y las glándulas anejas, ha conducido al Dr. Lanarí á emplear dicho agente para la curación de esas molestísimas hiperhidrosis palmares, que son un constante tormento para los individuos que las padecen, y contra las cuales la terapéutica clásica ha fracasado siempre.

Pusey en 1903 y Bulkley en 1904, dieron á conocer varios casos de hiperhidrosis áxilares notablemente mejoradas por la radioterapia, y Eugmann y Belot, ocupándose de la afección palmar, suponen que podrá llegarse á obtener buenos resultados de la radioterapia con el empleo de débiles dosis, que no deben pasar de 5 H. No obstante, Lanarí aconseja, según su técnica, dosis más fuertes, con radiaciones de 7 á 8 Benoist. No cree necesario el autor proteger la mano con la interposición de papel rojo ó negro, contra los rayos blandos, si es que la ampolla los emite, pues en este sitio no considera de gran importancia sus efectos.

Las modificaciones observadas á los cinco ó seis días después de la sesión consisten en una disminución considerable de la secreción sudoral. Aquí, como en otros órganos ocurre, la inhibición funcional precede á toda alteración anatómica visible. Ordinariamente, hasta los doce días después de la sesión no aparecen los primeros signos de reacción. La piel comienza á enrojecer cada día más, y al cabo de cuatro ó cinco aparece una ligera infiltración edematosa, y el

enfermo empieza á sentir una tensión poco molesta de la parte inflamada. El epidermis se pone grisáceo, comienza á desprenderse poco á poco en grandes trozos, y el aspecto inflamatorio y los edemas desaparecen en el corto espacio de una semana. Entonces se ve que en la región palmar queda un epidermis fino, rosado y completamente seco.

Siempre que sea posible, aconseja el autor proceder por regiones sucesivas de la mano en varias sesiones, á fin de evitar así la reacción en la totalidad de la mano, que siempre es molesta.

Los resultados estéticos del nuevo procedimiento son bastante satisfactorios. Uno de los enfermos curados por Lanarí, y observado después de un año, no presentaba telangiectasias ni ninguna otra alteración de la piel.

---

**La camptodactilia, estigma de artritismo,** por el Dr Laudouzy.
*(La Quinzaine thérapeut,* 10 Mai 1908.)

La camptodactilia es una pequeña deformación de los últimos dedos, que se observa con alguna frecuencia. Se presenta en los dedos de la mano, y está constituída por la flexión de la falangetina sobre la falangina, y la de ésta sobre la falange. La situación metacarpo-falángica no está modificada. Según el grado de la flexión, resulta una deformación ó incurvación, más ó menos marcada, de los dedos anular ó meñique, que es lo que constituye toda la afección. Estos dos dedos son los únicamente interesados en la mayoría de los casos. El medio puede estar á veces algo interesado, pero jamás se ve esta particularidad en el índice ni en el pulgar.

El examen por los rayos X ó la disección de los dedos atacados de camptodactilia demuestra que no existe alteración ninguna de las cabezas óseas ni de las superficies articulares, notándose únicamente un ligero espesamiento de la envoltura ligamentosa. Es una modificación perfectamente diferente del proceso anatomo-patológico del reumatismo crónico.

Por nuestra parte podremos añadir que hemos observado el signo multitud de veces, y si bien nunca es un fenómeno precoz, se suele presentar, no obstante, en esos individuos en los que apenas han tenido hasta entonces manifestaciones sintomáticas de su braditrofia, aunque ésta sea de larga fecha; por consiguiente, no deja de tener cierto valor diagnóstico en muchas ocasiones.

Dr. E. Vilches

---

En cuanto á los órganos genitales en las mujeres, los fenómenos observados son las epístasis, las parestesias faríngeas, principalmente en el curso del embarazo y de la menopausia, la obstrucción nasal, amigdalitis. También se observan parálisis laríngeas transitorias, y además durante el embarazo y las reglas.

DR. J. CABRERO

## Proctologia.

**Hemorroides.**—(Apuntes de medicamentos.)

El Dr. Rodríguez Méndez aconseja la *fomitina* contra las hemorroides, á la dosis de una ó dos cucharadas al día, de una solución hecha con el extracto.

**Rectitis crónicas,** por el Dr. Rodríguez Méndez.—(Apuntes de medicamentos.)

| | |
|---|---|
| Glicozono..... | 25 gramos. |
| Agua destilada tibia..... ..... | 300 » |

En inyecciones.

**Enterectomía por cáncer alto del recto. — Estrechez cicatricial ulterior.—Histerectomía.—Fístula colo-vaginal.—Colpocleisis.—Curación.**—(Société de Chirugia de Lyon.—*Revue de Chirurgi.* 10 Mayo 1908.)

Mr. Tixier presenta una mujer de treinta y tres años, que desde el mes de Diciembre de 1905 hasta Marzo del año 1908, ha sufrido todas las operaciones descritas en el epígrafe, quedando completamente curada; á pesar de que el examen histológico calificó el tumor de epitelioma típico.

**Hemorroides y erupción penfigoide.**—(*La Practique Thérapeutique.* Abril 1908.)

¿Son las hemorroides una lesión puramente local? ¿Se les deberá, por el contrario, considerar como la manifestación de un estado general, como una tendencia del organismo á desembarazarse (mediante las hemorragias más ó menos abundantes de que van acompañadas) de los residuos, toxinas, principios nocivos que no encuentran una vía de eliminación suficiente por los emunctorios naturales?

He aquí un punto que el profesor Arnozan, de Burdeos, discute á propósito de una observación, tomada con el mayor esmero y continuada por largo tiempo, relativa á un hombre radicalmente des-

embarazado en cierta época de su vida, por medio de una operación quirúrgica, de hemorroides habitualmente fluentes; pero á partir de ese momento, le sobrevino una erupción penfigoidea, que progresivamente fué agravándose hasta poner sus días en peligro.

Mr. Arnozan, después de hacerle seguir los tratamientos más variados, recordó que diez y ocho meses antes le habían sido extirpadas las hemorroides, y prescribió el plan siguiente:

1.° Una sanguijuela diariamente en el ano.

2.° Dos baños tibios al día, de veinticinco á treinta minutos.

3.° Espolvorear los puntos enfermos con la mezcla siguiente:

| | |
|---|---|
| Almidón en polvo..... | 50 gramos. |
| Talco de Venecia..... | 40 » |
| Subnitrato de bismuto..... ..... | 10 » |

4.° Supresión de todo remedio interno.

5.° Cada cuatro ó cinco días, 30 gramos de aceite de ricino; los días de purga, supresión del baño de la mañana.

El régimen continuó como al principio, compuesto de leche, feculentos y carnes blancas.

La salud general se mejoró rápidamente y la erupción penfigoidea disminuyó de intensidad. La curación completa se obtuvo, persistiendo luego más de quince años.

Esta observación, concluye Arnozan, debe alentarnos para cuando tengamos que cuidar á un enfermo de una dermatosis aguda ó crónica, sobrevenida después de la desaparición provocada por un rodete hemorroidal, y después del fracaso de los tratamientos usuales, á recurrir á las emisiones sanguíneas frecuentes al nivel del ano, y muy particularmente á las aplicaciones de sanguijuelas. Mas no deberá por esto deducirse otra cosa, y en particular, no convendrá que casos parecidos puedan detenernos cuando se trata de decidir de la ablación de hemorroides.

Estos son la excepción, y, por el contrario, los casos en que las pérdidas de sangre por el ano agotan á los enfermos y les reducen á un estado de anemia peligrosa, que son los más frecuentes, no curan sino mediante la extirpación radical de las varices anales.

---

**Las neuralgias rectales.** (*La Vie Médicale*, Mayo de 1908.)

Esta afección, poco conocida todavía, merece, sin embargo, llamar la atención, no porque sea de una extremada frecuencia, sino porque puede ser causa de dudas para el médico.

M. Albu, en la publicación *Berlin Klin Worchensch*, ha referi-

do recientemente cinco casos, que le han permitido hacer un estudio bastante completo.

Lo que domina la escena es el dolor en el recto y en el ano, con irradiaciones hacia la región coxígea, y hacia el perineo, y algunas veces hasta los muslos. Desde el punto de vista de la naturaleza de estos dolores, algunos enfermos los comparan á retortijones; otros, á quemaduras y á punzadas. A veces reviste bastante claramente la forma de los dolores fulgurantes de la ataxia, que pueden ser continuos; pero en la mayoría de los casos sobrevienen por accesos, y se prolongan durante algunos minutos ó varias horas. De cuando en cuando sufren accesos agudos, y hasta pueden llegar á ser bastante penosos para impedir el trabajo y aun el sueño. En los cinco casos citados había cuatro hombres y una mujer. Se trataba de sujetos neurasténicos por exceso de trabajo, por abuso del alcohol ó del tabaco. La enfermedad evolucionó con gran lentitud. Sus comienzos son insidiosos. Durante meses y años determina ataques seguidos de calma.

¿A qué se debe esta afección? ¿Hay que incriminar al reumatismo? No se ha encontrado ninguna relación entre la gota y la diabetes. ¿Hay que acusar al estreñimiento habitual? Pero en la mayor parte de los casos las funciones digestivas se hacían de una manera normal. Además, se ha podido, mientras duraban las crisis dolorosas, hacer un examen metódico del recto, encontrándolo siempre vacío. En algunos enfermos, el hecho mismo de obrar determina una mejoría marcada en los dolores.

M. Albu piensa que en esto se trata de dolores cuyo carácter es netamente neurálgico. En efecto; estos dolores se producen en el dominio de distribución de ciertos nervios determinados, y en particular del nervio hemorroidal y del erector del ano, que producen la inervación del recto, del exfínter externo é interno del ano, del erector del ano y de toda la región anal, y presentan comunicaciones múltiples con el plexo pelviano del gran simpático. Como la mayor parte de estos nervios pertenecen al plexo generador, que forma él mismo la parte inferior del nervio ciático, se comprende que los dolores se irradien á veces en toda la región del recto, del perineo y de las nalgas, para extenderse á veces hasta los muslos. En fin, hasta el mismo carácter del dolor informa en favor de su origen neurálgico: esto es, su intensidad, que con frecuencia es muy considerable, y su intermitencia, que es más bien la regla.

Se concibe, pues, que sea difícil hacer, ante dolores localizados en el recto, el diagnóstico firme de neuralgias rectales. El diagnóstico no puede hacerse sino por exclusión. Hay, pues, que hacer un examen completo del recto, y buscar primero si existe una afección

de esta región, capaz de provocar por sí misma grandes dolores. Lo primero que hay que buscar es la fisura de ano. En efecto; ya se sabe cuán frecuente es esta afección, y cuán grandes los sufrimientos que determina. Pero aquí los caracteres del dolor son un poco particulares; está más localizado en la margen del ano, se acompaña de tenesmo, y es exacerbado por el paso de la masa fecal. El tacto lo despierta. La fístula, los estrechimientos, el cáncer, son igualmente diagnosticados por el tacto. Los trastornos nerviosos de la región anal, debidos á crisis tabáticas, no deben ser confundidos con las neuralgias esenciales del recto.

El tratamiento de esta afección es en general bastante eficaz, puesto que en los cinco casos registrados ha habido cuatro éxitos y un fracaso, y éste en el sentido de haberse producido una recaída al cabo de un año. Pero es lo cierto que el tratamiento calmó nuevamente los dolores. Como narcótico, el que mejor sirve es la belladona, administrada por la vía estomacal ó por la rectal; abstenerse del opio y de la morfina. Los baños de asiento calientes y las compresas; pero el tratamiento por excelencia es la dilatación, por medió de bujías gruesas. Es probable que las bujías obren determinando una alongación de los nervios, alongación que ha dado ya, en las neuralgias, resultados excelentes.

Dr. Fermín Martínez Suárez

## Vías urinarias.

**Tratamiento de la blenorragia crónica por el ion-zinc,** por el doctor Raoult-Deslongchamps. *(Ann. des mal. des orgem. genito-urinaires.* París. Junio de 1908.)

El transporte de ciertos medicamentos á través de los tejidos por medio de la corriente eléctrica, era asunto conocido y practicado por los electro-terapeutas que empleaban la cataforesis y la electrolisis medicamentosa en el reumatismo, gota, etc., etc. Los trabajos de M. Leduc, hace próximamente un año, llamaron la atención de la clase médica acerca de la utilidad de la ionización, é insistiendo el profesor de Nantes en los buenos resultados obtenidos con el ion-zinc. Este metal posee la propiedad de penetrar fácilmente en los tejidos bajo la influencia de la corriente eléctrica, gozando además de gran poder coagulante y antiséptico.

El autor expone la técnica empleada y los resultados obtenidos en tres casos de blenorragia crónica tratados por el ion-zinc.

Dos procedimientos existen para el tratamiento eléctrico de las estrecheces: uno rápido, la electolisis lineal ó bi-lineal; otro, que exige

varias sesiones y es una verdadera dilatación facilitada por el paso de la coriente eléctrica; este resultado se obtiene por medio de un tallo metálico recubierto de una capa aisladora en su centro, y sobre el cual se adaptan en su tuerca terminal una serie de olivas correspondientes á los diversos números de la escala. Estas olivas, construídas de maillechort, cuerpo poco ionizable, conducen y localizan la corriente en los puntos estrechados; para estudiar la acción del ion-zinc, el autor ha hecho construir olivas de zinc, que se montan sobre el mandrín que emplea para la electrolisis circular.

Sabido que el ion-zinc va del polo positivo hacia el negativo, es preciso ligar la oliva de zinc al polo negativo, en tanto que la corriente positiva será conducida por una placa recubierta de algodón hidrófilo húmedo, bastante ancha para evitar acciones polares, que se coloca sobre el vientre del enfermo. La corriente continua se obtiene por pilas ó por un sector con interposición de resistencias, y reductor de potencial; un milliamperómetro sensible se coloca en el circuito. Cuando la oliva introducida en el canal llega á los puntos enfermos, se hace pasar progresivamente la corriente, deteniéndose al llegar á 4 ó 5 milliampères y manteniendo esta intensidad cinco minutos, al cabo de los que se pasa á otra zona, ó bien se pasea la oliva á lo largo del canal, de uno á tres minutos, teniendo la precaución de bajar la corriente á 0 antes de retirar la oliva. Cada cuatro días pueden repetirse las sesiones, observando el estado del enfermo.

De los tres casos tratados, uno se curó en cinco sesiones, otro en seis y el tercero en once, persistiendo la curación después de seis y cuatro meses respectivamente.

---

**Cistalgia por riñón móvil.—Nefropexia.—Curación,** por el Dr. R. Uteau, Jefe de Clínica de la Facultad de Medicina de Tolosa. (*Revue pratique des mal. des organ. genito-urinaires.* París. Mayo 1908.)

Se trata en este caso de una enferma, cuya historia es como sigue: mujer de veintidós años, que hace dos ó tres experimenta anormalidades en la micción, caracterizadas por crisis de micciones muy frecuentes y dolorosas que duran cuatro ó cinco días, no permitiendo ni el más pequeño reposo, la orina es siempre clara y sin indicios de sangre; únicamente deja sedimentar á veces ácido úrico, pero sin que las crisis simulen cólico nefrítico; las sacudidas y movimientos bruscos provocan dolores en el cuello vesical.

Por parte del aparato genital, nada anormal.

*Aparato urinario.*—Por palpación, el riñón derecho es difícilmente acesible; en cambio, el izquierdo se toca perfectamente; está distendido; los dos tercios de su cara anterior son accesibles; liso,

regular y poco doloroso. Presión indolente en el triángulo lumbo-costal. En el lado derecho son negativos los puntos de Bazy; á la izquierda, el punto para-umbilical de Bazy, despierta dolores vesicales.

Capacidad vesical, 75 gramos; contractilidad, exagerada; exploración metálica, negativa; el examen cistoscópico demuestra mucosa sana y orificios ureterales normales.

La investigación de la hematuria microscópica, negativa.

El recogido aséptico de la orina é inoculación al cobaya, negativa.

Ofalmo-reacción, negativa.

La división endo-vesical de la orina no da nada anormal.

Eliminación del azul de metileno, normal.

En tres radiografías hechas en días diferentes se observan de modo constante cuatro ó cinco pequeñas manchas entre la segunda y tercera apófisis lumbares derechas.

¿Qué pensar de esta enferma?

Pesando todos y cada uno de los datos recogidos, é invocando el hecho sentado y demostrado por Guyon de los reflejos reno-vesicales, induce á localizar la causa en el riñón izquierdo.

¿Cuál es la lesión del riñón? Descontando por falta de síntomas el artritismo, la tuberculosis y los neoplasmas, se decide el diagnóstico de riñón móvil, que, descendiendo y acodando el uréter, determina crisis de retención traducidas por cistálgia.

Después de tres años de diversos tratamientos, y todos sin resultado, propónese la intervención quirúrgica, que es aceptada.

Operación el 2 de Febrero de 1908.—Incisión recto-curvilínea de Guyon. Descubierto el riñón, apareee de color violáceo, congestionado. Nefrotomía; explorada la pelvis y el uréter, nada se encuentra; sutura del riñón en U y fijación á la 12.ª costilla; sutura de músculos, aponeurosis y piel. Curso post-operatorio, normal. La enferma se levantó á los veintiún días, y á partir de la intervención, han desaparecido los dolores vesicales definitivamente, orinando cada cuatro ó seis horas durante el día, y como máximum una vez por la noche.

CARLOS NEGRETE

# TRABAJOS DE LABORATORIO

## Y SUS APLICACIONES CLÍNICAS

**La profilaxis de las infecciones quirúrgicas mediante la inmunización preventiva**, por Guido Lerda (Turin). (*Giornale R. Acad. Med.*, Torino, año LXX, 1. 9-11.)

Después de una exposición muy detallada de las tentativas hechas por numerosos experimentadores para obtener la inmunización contra el estreptococo, el estafilococo y otros gérmenes septicémicos, el autor da cuenta de sus propios ensayos sobre la cobaya, el conejo y el hombre.

Inyectó á cobayas y conejos cultivos esterilizados de estafilococos y de estreptococos, cuerpos extraños en suspensión en el suero fisiológico y filtrados de cultivo. Pudo obtener una inmunidad notable, sobre todo con los cuerpos bacterianos

La inocuidad relativa de las inyecciones en los animales condujo al autor á experimentar en el hombre. Tres hombres sanos, inoculados respectivamente con un centímetro cúbico de los tres productos antes citados, presentaron enrojecimiento local, edema é hiperleucocitosis. Después de la cuarta inyección, la aglutinación se produce al 1 por 20. (Los mismos resultados en los tres enfermos.)

El autor concluye que este método, apoyado en una amplia experimentación clínica, prestaría servicios para aumentar la resistencia individual en los casos en que una asepsia absoluta operatoria no estuviese asegurada.

G. Gaona

(*Bull. de l'Inst. Pasteur.*—15 Febrero 1908.)

---

**Nuovi Studi sull'infezione peritoneale sperimentale**, por Pane y C. Lotti. (*Ann. Ig. Sper.*, t. XVII, f. 8.)

P. y L. aportan en este largo trabajo una contribución al estudio de la lucha del organismo contra las infecciones peritoneales experimentales. Se han esforzado en «seguir paso á paso y apreciar, por así decir, cuantitativamente» las infecciones peritoneales debidas al *prodigiosus*, al carbunco (bac. virulentos, bac. avirulentos, y esporos), al cólera y al B. diftérico.

Los microbios inoculados en el peritoneo disminuyen de número inmediatamenie después de la inoculación, destruídos por los leucocitos, las células fijas modificadas en su forma y el exudado peritoneal. Por lo que se refiere á los vibriones coléricos, se ve que conservan su vitalidad sin multiplicarse nunca en abundancia; el ani-

mal, aunque haya vencido la intoxicación, muere intoxicado, y los autores creen que se trata aquí de una toxina segregada por los microbios, más bien que de una endotoxina procedente de los cuerpos de los microbios muertos.

Independientemente de la fagocitosis, muchos microbios mueren durante la infección fuera de las células. La propiedad antibacteriana del líquido peritoneal normal y del exudado inflamatorio, explica bastante la bacteriolisis extracelular. Los autores no pueden establecer la parte que tienen en esta acción las substancias leucocitarias; por leucolisis experimental no han podido obtener una substancia bactericida contra el bacilo diftérico, y han observado que éste no es fagocitado por leucocitos lavados y mantenidos en suspensión en el suero artificial. Para que haya fagocitosis, es indispensable la presencia en el suero de una alexina. En presencia del líquido peritoneal normal ó del suero inmune inactivado, los fagocitos recuperan su poder, aumentado todavía por el contacto del suero normal adiccionado de suero inmune.

El estímulo de la acción fagocitaria parece debido, según una última serie de experiencias, no á una acción directa de los líquidos orgánicos sobre los leucocitos, sino á una modificación de las bacterias (opsonina ó bacteriotropina) en el amplio sentido de la palabra.

DR. MORENO MELGAR

(*Bull. de L'Institut Pasteur.*—30 Enero 1908.)

---

**Variabilidad del desarrollo de las bacterias en la leche antes y después de la pausterización**, por E. Du St. Jolin y M. E. Pemington. (*Journ of. inf. dis.*, 15 Noviembre 1907.)

Mientras que ciertos autores atribuyen ó niegan á la leche cruda de vaca propiedades germinicidas termolábiles, otros admiten que estas propiedades no pertenecen más que á la leche de ciertos animales. Para resolver esta cuestión, J. y P. han estudiado comparativamente leches crudas y leches pasteurizadas: para establecer resultados comparables, han imaginado adicionar á las leches pasteurizadas los gérmenes contenidos en una cantidad igual de leche cruda, aislados por centrifugación (leches pasteurizadas reinfectadas); las diversas experiencias han sido hechas en condiciones variadas de tiempo (uno á cuatro días) de temperatura (glacial ó del laboratorio) y con leches de distintos orígenes: solamente se ha hecho la determinación del número de microbios y el índice de acidez.

J. y P. concluyeron que, sin tener en cuenta el número de microbios durante las primeras horas, la leche cruda está dotada de propiedades que impiden el desarrollo de los microorganismos de la leche ordinaria (B. aerógenes, B. solitarius, B. formorcus, B. aucán-

ticus, etc.). Esta propiedad es débil ó nula en la leche calentada hacia 79°, ó sea por bajo de la temperatura de destrucción de su poder oxidante.

La leche pasteurizada debe ser, pues, manipulada y enfriada con mucho más cuidado que la leche cruda.

M. Jiménez G. de la Serrana

(*Bull. de l'Institut Pasteur*. 30 Enero de 1908.)

---

**Estudio bacteriológico de los algodones hidrófilos, comercialmente calificados de asépticos,** por Nomotte. (*Bol. Soc. Biología*, núm. 7, 1908.)

El gran empleo que modernamente se hace del algodón hidrófilo, calificado comercialmente de aséptico, ha inducido al autor á practicar investigaciones sobre su verdadera asepsia. La preparación del algodón hidrófilo es efectuada por la industria sometiendo el algodón en bruto á las operaciones siguientes: el algodón en bruto se carda y desengrasa después, tratándolo por la sosa diluída; se blanquea por los hipobromitos, y finalmente se lava con una solución diluída de ácido sulfúrico; se seca, se empaqueta y se esteriliza. Después de cada operación, el algodón es turbinado y lavado, empleándose en esta operación, como es consiguiente, y según el país, agua corriente de arroyo, río ó canal, ó bien agua estancada en balsas á propósito, que es lo más frecuente; y, por consiguiente, la cantidad de microbios incorporados á las fibras del algodón ha de ser considerable y muy perjudicial.

Para hacer el estudio bacteriológico, el autor ha adquirido en distintos establecimientos de París, encargados de la venta de estos productos, 30 paquetes de algodón, de 50 ó 60 gramos cada uno; en algunos se leía en su etiqueta: «Algodón hidrófilo aséptico»; en muchos, al anterior título añadían: «Esterilizado á 120 grados».

En 30 matraces de 60 centímetros cúbicos cada uno, se han puesto 30 centímetros cúbicos de agua peptonizada al 20 por 1.000, adicionada de 5 por 1.000, de cloruro de sodio; todo esto esterilizado á 120 grados durante una hora, y sostenido por espacio de cuarenta y ocho horas á la estufa á 37 ó 38 grados.

Abiertos los paquetes de algodón, valiéndose del hierro al rojo y de pinzas y tijeras perfectamente esterilizadas, se han cogido pequeñas porciones de algodón de cada paquete y colocado cada una en un matraz.

Puestos los matraces á la estufa á 37 ó 38 grados, á las veinticuatro horas proximamente, en todos los matraces se han encontrado cultivos de gran número de especies microbianas. Constantemen-

te se encontró el bacilo *subtilis* y el bacilo *coli commuis;* dos veces se pudo separar de los antèriores un grupo de tífico; siete veces en cada 10 el estafilococo dorado, y frecuentemente estreptococos. También se encontró el *paniciillum glaucum*, el *rhizopus nigricaus* y otros varios.

Los cultivos fueron patológicos para los animales del laboratorio. Fácilmente se comprende por lo antedicho lo perjudicial que ha de ser la colocación de estos algodones sobre soluciónes de continuidad de la piel.

BLASCO SOTO

# BIBLIOGRAFÍA

**Estado científico actual de la cuestión de la inmunidad en la tuberculosis, con aplicación á la higiene y terapéutica de este padecimiento,** por el Dr. Manuel Martín Salazar. Madrid, 1908.

El ilustre jefe de la Sección de Sueroterapia en el Instituto de Higiene Militar y en el Laboratorio Municipal de Higiene de Madrid, honra del Cuerpo de Sanidad Militar y de la Medicina española, ha publicado en elegante folleto este trabajo, presentado al primer Congreso Nacional de la Tuberculosis que se acaba de celebrar en la invicta Zaragoza.

Con la claridad y la elegancia en el decir que le son peculiares, debate tan ardua materia y expone su personal opinión.

No están, por desgracia, al alcance de todos estos asuntos, por falta de la necesaria previa cultura de laboratorio en que nos encontramos, cuando menos en España, ¿por qué no decirlo?, los más. De aquí la mayor magnitud del servicio que prestan á la ilustración colectiva estas exposiciones sinceras, documentadas, sucintas, efectuadas por quien, con autoridad bien ganada y justa, sabe llevarlas á cabo con la difícil naturalidad y engañadora sencillez con que está hecha ésta.

Su lectura, de otra parte, da alientos á la esperanza, ya que, «sin negar—como dice el Dr. M. Salazar—que el sistema de defensa puesto en práctica hoy día contra la tuberculosis en el mundo, aminore algo la enormidad del mal, mirado en su conjunto, ni dudar en la posibilidad remota de que se descubra con el tiempo un medicamento bactericida» tan eficaz como la quinina en el paludismo ó el mercurio en la sífilis, el problema de su profilaxia y cura está encerrado esencialmente, hoy por hoy, en la inmunización indivi-

dual por el mitridatismo preventivo, y en su curación por inmunización activa y pasiva; por cuya consecución se lucha tan denodadamente.

La fortuna no ha sido hasta ahora propicia á los intentos á ello encaminados; pero esto no quita un ápice de fundamento á las inducciones, y por los datos científicos logrados no puede ni debe dudarse un solo momento, que ése es, y no otro, el seguro derrotero; y que, hallado al fin, más pronto ó más tarde, ha de conducir segura é indefectiblemente al triunfo.

El continuado y afanoso anhelo con que se trabaja en esta dirección, y los progresos conseguidos de que son buena prueba los resultados de los estudios de Bonome y Wright, dan firmeza á estas presunciones y la certeza de su logro definitivo.

La creencia da la fe y la inteligencia el convencimiento, y con fe de creyentes y firmeza de convencidos, participamos de la opinión del Dr. Salazar.

A quien esta Revista, que se ha de honrar publicando las conclusiones de su hermoso trabajo en el número próximo, envía su felicitación entusiasta y sincera.

DR. R. L. Y YAGÜE

---

**Anestesia en general.—Cloroformización y accidentes anestésicos, por M. Lostau, cirujano de hospital. Burgos.**

Se trata de una comunicación presentada al II Congreso nacional de Cirugía, en la que el autor, en estilo sobrio, pero elegante, expone unas generalidades sobre anestesia, seguidas de un estudio del trabajo anestésico, ó sea del producto del potencial clorofórmico por la intensidad; para pasar después de un capítulo sobre accidentes anestésicos á la descripción del anestesímetro construído por el inteligente mecánico Sr. Ocejo, cuyo aparato dosifica con exactitud y á voluntad la proporción de aire atmosférico y vapor de cloroformo, por medio de un sencillo mecanismo. La principal ventaja, en nuestra opinión, del anestesímetro Lostau-Ocejo es que, merced á una bien estudiada disposición, las ventanas de comunicación entre el aire atmosférico y el recipiente del cloroformo, la intensidad clorofórmica puede dosificarse desde cero (aire puro) hasta el límite práctico de Horsley (98 partes de aire y 2 de vapores de cloroformo), de cuya concentración no puede pasar el anestesímetro en condiciones normales. Del estudio científico de la cuestión y de las observaciones llevadas á cabo, deduce el autor, entre otras conclusiones, una importantísima, y es: que siendo los accidentes anestésicos (primitivos y secundarios) consecuencia *siempre* de un trabajo anestésico

*brusco ó excesivo*, con el uso de su aparato se evitan con *seguridad* aquellos accidentes, porque el anestesímetro actúa de un modo gradual y progresivo, sin traspasar nunca el límite de 2 por 100 marcado por Horsley. Nosotros, que conocemos este aparato y que sabemos el fundamento científico que le informa, á la vez que la fe y el entusiasmo de sus autores, nos congratularíamos mucho que la práctica—única piedra de toque que falta por ensayar en grande escala—se encargara de demostrar una vez más, que lo que está bien concebido y planeado, forzosamente tiene que resultar verdad. Y el distinguido cirujano Sr. Lostan, con el inteligente colaborador Sr. Ocejo, merecerán bien de la humanidad y de la ciencia.

---

**Cartilla higiénica para el embarazo, parto y puerperio**, por D. Adolfo Martínez Cerecedo. 2.ª edición, 1908.

El ilustrado ginecólogo del Instituto Rubio y tocólogo de la Beneficencia Municipal es muy conocido y apreciado por sus trabajos anteriores, alguno de los cuales ha obtenido merecidos premios en diferentes concursos. Esto, unido á sus recientes éxitos tocológicos, han colocado al Dr. Cerecedo á una envidiable altura profesional dentro del numeroso, pero no por eso menos distinguido grupo de tocólogos que practican tan delicada especialidad. En este trabajo el autor pone de manifiesto sus grandes conocimientos en la materia que trata, fruto no sólo del estudio de gabinete, sino de su dilatada experiencia á la cabecera de la mujer en estado de gestación, en el momento del parto y durante el peligroso puerperio. Concluye la cartilla con muy atinadas observaciones acerca de puericultura, y unos consejos prácticos para la lucha contra el cáncer uterino, lucha iniciada por nuestro querido Director, el eminente ginecólogo á quien todos reverenciamos. Es de lamentar que el Dr. Cerecedo no emprenda obras de más fuste, pues la bondad del fondo, la altura de pensamiento y la diversidad de materias que abraza la presente cartilla, autorizan á creer que su autor ha tenido que esforzarse en concretar los asuntos para reducirlos al pequeño volumen en que los presenta, cuando hubiérale sido más fácil desarrollarlos en toda su extensión. Así y todo, la cartilla del Dr. Cerecedo encierra mucha materia, y es muy digna de ser leída y estudiada. Nuestras más sinceras felicitaciones al autor.

A. Mut

# SECCIÓN PROFESIONAL

Ha fallecido la respetable y virtuosísima madre del Dr. D. Adolfo del Castillo y Quartiellers, profesor de Oftalmología en el Instituto Rubio. El afable trato y gran bondad de la finada, hacen aún más sensible tan irreparable pérdida, que tiene en acerba pena á nuestro ilustre amigo y su distinguida familia.

Esta Revista, que tanto estima su colaboración asidua, les envía su más cordial y sentido pésame.

---

El notable cirujano y médico de número, por oposición, del Hospital de la Princesa, Dr. D. León Cardenal, sufre también el inmenso dolor de la muerte de su joven y encantadora esposa.

Al cual nos asociamos de todo corazón.

---

Y también en Medina del Campo ha visto morir nuestro Director, Dr. Gutiérrez, á su nieta mayor, víctima de cruel dolencia infecciosa.

---

Nuestro querido compañero el Dr. Semprún, jefe de la Clínica de urgencia de Sanidad Militar, de esta corte, ha sido agraciado con la Cruz de Mérito Militar de segunda clase, por sus relevantes servicios prestados á los heridos en la explosión de un proyectil, ocurrida cerca de Barajas. A los médicos titulares de este pueblo y del inmediato Vicálvaro, así como al del 4.° Regimiento ligero de Artillería, se les ha concedido la Cruz blanca del Mérito Militar de primera clase. Nuestra enhorabuena por distinción tan honrosa como merecida.

---

Al reputado catedrático de la Facultad de Farmacia, D. Joaquín Olmedilla y Puig, se le ha concedido diploma de honor en la Exposicion de Zaragoza, por las obras científicas y de carácter literario que ha presentado. Felicitamos á tan eximio literato y maestro por su nuevo triunfo, justa recompensa á sus muchos méritos.

---

El tercer Congreso Internacional de Cirugía se celebrará en Bruselas, en 1911, bajo la presidencia del Dr. Lucas-Championnière, de París. Los temas puestos á discusión son los siguientes: 1.° *Diagnóstico y tratamiento de las pancreatitis*. 2.° Tratamiento quirúrgico de las colitis. 3.° Cirugía del pulmón.

D. ALEJANDRO SAN MARTÍN

' Octubre 1848. † 10 Noviembre 1908.

UNIV. OF
CALIFORNIA

# El Dr. D. Alejandro San Martín

La Medicina española ha sufrido una pérdida irreparable con la muerte del ilustre maestro D. Alejandro San Martín. Para trazar una biografía completa de este grande hombre sería precisa documentación variadísima, que hoy no es posible reunir, meditación y estudio detenidos de su compleja personalidad y dotes de cultura y capacidad que, por desgracia, no poseo. Pero mi trato prolongado de diez años con el sabio profesor, durante los cuales tuve la fortuna de ayudarle en sus trabajos clínicos y de colaborar en sus investigaciones y experiencias, me permite exponer algunos rasgos de su personalidad como maestro incomparable.

Era D. Alejandro San Martín el primer apóstol de la Cirugía española. Sus enseñanzas quedan difundidas en las varias generaciones de discípulos que tuvieron la suerte de oir sus hermosas conferencias en la cátedra, modelo de corrección en la forma y verdaderas síntesis científicas en el fondo; de saborear las páginas de su obra, inacabada por desgracia, de *Patología quirúrgica,* donde se admira, á la vez que un estilo sobrio y castizo, una profundidad y originalidad de concepto insuperables; de seguirle en sus excursiones al campo de la experimentación quirúrgica, donde, en algunos problemas, se adelantó á los más notables investigadores de Europa, y en fin, de admirarle por su mucha bondad y cariño para los enfermos, por sus amores al progreso científico del país y á la enseñanza, y su protección decidida hacia sus discípulos.

La personalidad profesional y científica del maestro se revelaba, más que en ninguna otra ocasión ni sitio, en las discusiones profesionales. Allí resplandecía pronto su enorme cultura, su oratoria reposada, castiza y serena, su originalidad fuerte y su vigorosa dialéctica, resultando, por estas cualidades, temible enemigo en la polémica, ya que, además, dominaba la fina y correcta ironía, nunca agresiva, que tanto encanta á nuestro temperamento meridional.

En el campo quirúrgico siempre se caracterizó el inolvidable maestro por su espíritu progresivo en lo científico y por sus ideales

de perfeccionamiento técnico en lo artístico. En sus conferencias improvisadas, y siempre sazonadas con su gran cultura, se descubría pronto al pensador de gran originalidad, que aquilataba el dato clínico al parecer más insignificante para darle valor inusitado, despertando y avivando el razonamiento sobre él mismo; al fin y al cabo, como decía el noble maestro, la Cirugía es una ciencia de detalles. Sus primeras explicaciones sobre los asuntos quirúrgicos eran á modo de condimento intelectual para los alumnos, síntesis valiosas, ó conceptos nuevos y personales. Sus conferencias preparadas constituían lecciones magistrales, donde se reconocían sus grandes conocimientos bibliográficos, pues el profesor San Martín seguía, con bríos juveniles, la profusa, y ya casi inaccesible por lo extensa, labor quirúrgica de las naciones más cultas, en especial de Alemania é Inglaterra, sosteniendo relaciones científicas con los más eminentes cirujanos de estos países, adquiridas en los Congresos médicos á que acudía, siempre lleno de entusiasmo.

Su obra científica es muy extensa y merece un análisis detenido. Pero al trazar estos rasgos biográficos no tengo otra pretensión que la de exponer algunos datos salientes de su actividad quirúrgica. Al ganar, en memorables oposiciones, la cátedra de Madrid, sin haberse dedicado con predilección á la práctica quirúrgica, demostró cumplidamente la facilidad de adaptación de su gran inteligencia á toda nueva clase de conocimientos y disciplinas. Poco tiempo después publicaba su *Curso de Patología quirúrgica,* donde se nos ofrece va como maestro repleto de doctrina. Este libro puede considerarse como uno de los más originales y valiosos de la producción quirurgica española. Además del notable mérito literario de la obra, en ella resplandece la profundidad de doctrina, sobre todo en lo que respecta á los siguientes conceptos: la separación de la Patología quirúrgica de su hermana la Patología médica, que, según el maestro, debe hacerse, más que por el asunto de cada una, por el método, por el problema, pues á la primera corresponde el análisis detenido de la lesión morbosa, deduciendo de él los síntomas ó perturbaciones funcionales para remediar éstos, interviniendo primitivamente en la lesión, con lo cual resulta que no hay afecciones médicas ni quirúrgicas, sino aspecto médico y quirúrgico de las enfermedades.

Ya en la fecha de publicación de su libro sospechaba el maestro la importancia que llegaría á alcanzar la traumatología, á la que dió verdadero carácter, embrollada como estaba, y lo sigue estando, en los libros de Cirugía, con los demás capítulos dedicados al estudio de las lesiones morbosas de nuestro organismo. El profesor San Martín constituyó la traumatología como disciplina independiente, con personalidad propia; dió explicación completa y trascendente

del traumatismo, quizá apartándose algo de su índole físico-química, para llevarle al campo biológico ó fisiológico; pero, de todos modos, sacándole del concepto estrecho y raquítico en que se le tenía, y sirviéndole además para dar carácter á la patología quirúrgica toda, ya que, según el maestro, es quirúrgico todo lo patológico que pueda convertirse en traumatismo. Todavía pensó en constituir la traumatología como especialidad profesional independiente; los progresos modernos en el estudio de los traumatismos, y sobre todo la legislación sobre accidentes del trabajo, han venido á darle la razón, pues ¿no son especialistas en esta rama quirúrgica los médicos que ejercen el peritaje por parte de las compañías aseguradoras ó las grandes empresas industriales?

La lección dedicada al schock traumático en la ya citada obra es el primer trabajo escrito en España sobre esta complicación del traumatismo, y sorprende al lector por las ideas originales que encierra y por su claridad, que contrasta con el embrollo del asunto en la mayor parte de los libros.

En el aspecto artístico admiraba el profesor San Martín á los genios quirúrgicos innovadores, entre los cuales podemos contarle. En la época de la gran reforma de la Cirugía, se hallaba en Londres asistiendo á los clínicos del eminente Lister, y quizá influyó en el desenvolvimiento de la misma, y decididamente introdujo en nuestro país las prácticas asépticas del arte moderno de operar. Son bien conocidas sus campañas científicas en favor de la talla hipogástrica, que presentó en España como enorme progreso urológico.

Durante estos últimos diez años, los asuntos operatorios y clínicos que más cautivaron su atención fueron variadísimos. Las amputaciones osteoplásticas de las extremidades inferiores constituyeron un tema de su atención y estudio en una época en que no se había introducido en la técnica quirúrgica más que el método primitivo, y ya abandonado, del pie artificial de Bier, precediendo sus trabajos, aunque no sus publicaciones, á los de las clínicas de Eiselsberg y otras de Alemania. Algo se desilusionó en este asunto el ilustre maestro con las opiniones de Barth, por una parte, y con la introducción de los métodos antiplásticos ó aperiósticos de Hirsch y Bunge; pero, por fortuna, en armonía con la experiencia de San Martín y la muestra propia, aquel profesor ha rectificado recientísimamente sus opiniones sobre la reabsorción de los fragmentos osteoplásticos, quedando en definitiva este método como una conquista en la técnica de amputar.

Sus trabajos sobre la técnica de la extirpación del ganglio de Gasser son también muy interesantes, y á ellos pueden añadirse ideas originales en las operaciones de resección nerviosa, que eran,

precisamente por sus dificultades, de la predilección del maestro.

Ideó también el profesor San Martín un nuevo método de colostomía ilíaca valvular, que tuvo ocasión de poner en práctica ante un concurso de profesores extranjeros meritísimos, que aplaudieron la idea y técnica de la operación con verdadero entusiasmo.

Sus estudios de cirugía de los vasos son bien conocidos de todos, y se hallan consignados en su preciosa monografía ó discurso inaugural del año 1902 de la Real Academia de Medicina. En este asunto se adelantó á la falange de experimentadores extranjeros; ideó nueva técnica, diversos métodos operatorios, y vislumbró numerosas aplicaciones á la clínica. El método de invaginación vascular fué ideado por el maestro al mismo tiempo que lo practicaba Murphy: á él debemos también las anastomosis laterales que empleó para el tratamiento de las gangrenas de los miembros, y que fueron después practicadas, aunque con escaso éxito, por Jaboulay y nosotros, obteniendo de todos modos la variz aneurismática experimental. Él concibió las dobles anastomosis arterio-venosas para el tratamiento de los aneurismas, y expuso multitud de ideas que han servido de base á nuevos experimentadores y á nueva técnica.

Ideó también en la operatoria radical de las hernias, la reclusión testicular en el abdomen; y aunque á nuestro espíritu suspicaz y siempre dispuesto á la crítica memorista y teórica, no pareciera digna de atención la idea, es lo cierto que posteriormente las revistas alemanas nos han presentado esta técnica como utilizable y conveniente en algunos casos.

Hizo también estudios sobre «actitudes operatorias y anestesia general», muy estimables, ideando un sencillo aparato, de mucha utilidad en la práctica, de insuflación naso-faríngea, aplicable, sobre todo, en las operaciones de la cara.

Ideó, además, pinzas muy ingeniosas para facilitar las ligaduras y seccionar los hilos, sin necesidad de cambiar este instrumento por la tijera, con lo que se economiza tiempo durante la aplicación de aquéllas.

Muy luminosas han sido sus conferencias y son sus publicaciones en el nuevo y social aspecto de los accidentes traumáticos. Su doctrina sobre este punto y sus notabilísimos informes de académico le acreditan como especialista meritísimo en este nuevo aspecto de la ciencia de los traumatismos. Las doctrinas sustentadas por el maestro en este terreno se hallan sintetizadas en su folleto *Comentarios quirúrgicos á la ley de Accidentes del trabajo*. En la aplicación de las mismas, el Sr. San Martín, como hombre altruista y de corazón, se inclinaba siempre en favor del desvalido, es decir, del obrero.

Sus estudios sobre «operatora sub-radioscópica» son tan recientes, que están en la memoria de todos. Ya hacía varios años que perseguía con verdadero interés estos asuntos, de los cuales me hablaba en sus conversaciones privadas; pero hasta esta última época no halló el maestro ocasión propicia para llevarlos á la práctica.

En estos trabajos encontraba el profesor San Martín dificultades enormes que vencer, hijas la mayoría de la resistencia del medio en que se desenvuelve toda actividad no comprendida ó despreciada por el espíritu crítico que nos domina. Cierta infatuada cultura teorizante, que por fortuna va desapareciendo de nuestra clase, ha tratado siempre de buscar objeciones en contra de la labor seria y personal, de negar valor á lo nuevo por el hecho de no tener inmediato utilitarismo y de enfriar los arrestos y acometividades personales, resultado todo ello de la incultura bastante general que aun nos domina y de ciertos hábitos que sólo con el tiempo desaparecerán de nosotros, pues sobre nosotros gravitan con la pesantez que dan algunos siglos de atraso.

La originalidad del maestro se manifestaba en todo momento y ocasión: al exponer un caso clínico, en el acto de operar, en la conversación privada: siempre tenía alguna frase ó concepto original ó ingenioso. Un día estaba practicando una talla hipogástrica, y al tratar de extraer un enorme cálculo de la vejiga, como no pudiera salir á través de la herida operatoria sin desmenuzarlo previamente, decía volviéndose hacia los alumnos: «Señores: el parto se presenta distócico, hagamos la embriotomía.» En otra ocasión, al comenzar á operar, y como se le entregara un bisturí que tenía por filo una verdadera sierra y crugía al intentar inútilmente hacer la incisión cutánea, me decía: «¡Cuántas personas hay, querido Goyanes, á quienes les pasa le que á este bisturí!» En una de sus notabilísimas lecciones del Ateneo sobre infecciones quirúrgicas, además de conceptos muy originales, nos decía, al hablar de la asepsia y la antisepsia, que estas prácticas eran en Cirugía lo que en la Higiene personal la limpieza y los perfumes; éstos suelen emplearse para ocultar otras impresiones menos gratas al olfato.

Siempre fueron los cariños del maestro para la enseñanza, la ciencia y el arte quirúrgica; si se desviaba, solicitado por otras atenciones, de los trabajos profesionales, á ellos volvía lleno de entusiasmo para encontrar en el estudio siempre deleite, á veces consuelo á sus sinsabores. Hasta después de su muerte quiso ser útil á la enseñanza dejando sus restos al anfiteatro anatómico; ejemplo noble, elevado y digno de imitar para bien de la Humanidad y de la ciencia médica.

El ilustre profesor era un verdadero creyente en el arte que pro-

fesaba; tenía el convencimiento de que su labor no era estéril, y consideraba á sus discípulos como una prolongación de su personalidad, distinguiéndoles con su absoluta confianza profesional. Su fe en la eficacia operatoria era tan grande, que pocos días antes de su muerte decía á su médico de cabecera y queridísimo discípulo el Dr. Robina, que él tenía una lesión en el píloro; que se hicieran los preparativos, y que Goyanes le operase al día siguiente.

¡Ha muerto el ilustre y querido Maestro rodeado de los suyos, como mueren los buenos, pero deja un vacío difícil de llenar por nadie! ¡Honremos su memoria trabajando, que el trabajo es lo que en esta vida ennoblece al hombre, para desenvolver sus ideas en la medida de nuestras fuerzas, que si el cuerpo muere, el espíritu y las doctrinas persisten, como algo inmortal, en nuestro pensamiento!

DR. JOSÉ GOYANES

Madrid, 18 Noviembre 1908.

# SECCIÓN CLÍNICA ORIGINAL

## NOTAS CLÍNICAS

# LA TRÁQUEO-BRONQUIOSCOPIA
## Y LOS CUERPOS EXTRAÑOS DEL ÁRBOL AÉREO (1)

POR EL DR. A. G. TAPIA
Del Instituto Rubio.

El haber tenido ocasión de extraer dos cuerpos extraños de los bronquios y uno de la tráquea (2), me permite hacer las breves consideraciones siguientes:

Antes de practicar la tráqueo-bronquioscopia á un paciente que venga á nosotros, refiriendo que un cuerpo extraño ha penetrado en sus vías respiratorias, deben agotarse todos los recursos disponibles (anamnesia, radiografía, auscultación, percusión, etc.). Debe ser practicado también el sondeo prudente del esófago, y aun á veces la esofagoscopia, puesto que se citan casos en que cuerpos extraños de este conducto han producido signos manifiestos de localización traqueal y, viceversa, cuerpos extraños de localización pulmonar han dado síntomas de residencia en esófago, hasta el punto de que un caso, visto por nosotros en el Instituto Rubio, suscitó grandes controversias, pues mientras unos creían, por el historial de la enferma, que el alfiler radicaba enquistado en las paredes del esófago, otros opinaban que su localización era pulmonar. La esofagocospia nos permitió ver libre el esófago, y la radioscopia mostró la existencia del alfiler en la periferia del pulmón.

Tampoco se olvidará nunca practicar el examen laringoscópico y la traqueoscopia indirecta, que salvo en los casos, en verdad ra-

(1) Fragmento de una Comunicación al II Congreso Español de Cirugía.

(2) Hueso de aceituna alojado en el bronquio derecho. Extracción por bronquioscopia directa traumatodial (Comunicación á la Academia Médico-Quirúrgica Española).

Pepita de sandía detenida en el bronquio derecho. Extracción por bronquioscopia traumatodial (Comunicación á la Academia Médico-Quirúrgica Española).

Sanguijuela adherida á la tráquea. Extracción por traqueoscopia estomatodial (*Siglo Médico*).

ros, de inminente ahogo, deben ser concienzudamente practicados antes de hacer la bronquioscopia directa.

Conseguido el diagnóstico de la presencia de cuerpo extraño, la indicación de extraerle se impone. Los medios con que hoy se cuenta para su extracción son los siguientes:

Traqueotomía.

Broncotomía y pneumotomía.

Tráqueo-bronquioscopia.

Hoy por hoy, la broncotomía y la pneumotomía deben ser proscritas, pues la mortalidad que provocan es aterradora.

La traqueotomía es el único procedimiento que se empleaba antes de ser conocida la tráqueo-bronquioscopia, y en honor á la verdad, hay que reconocer que es una operación aceptable para la extracción de los cuerpos extraños de la tráquea y de los bronquios, sobre todo, en los casos en los que, no teniendo suficiente experiencia en la endoscopia del árbol aéreo ó careciendo de instrumental adecuado, no pueda ser trasladado el enfermo á un centro donde la traqueospia se practique.

Según la estadística de Preobraschenscky, que contiene 160 casos conocidos hasta 1891, vemos que 72 han sido expulsados espontáneamente, con traqueotomía (45 por 100) y murieron el 55 por 100. Según Polk, de 81 casos posteriores á 1891, 47 curaron (77 por 100), y 14 no (22 por 100). Realmente, no hay cirujano que en su práctica no pueda contar algún caso en que el éxito de la traqueotomía fuera completo; yo conozco varios, entre ellos, uno de mi querido maestro Dr. Ribera.

Es decir, que dados los positivos beneficios que pueden esperarse de la traqueotomía, puesto que muchas veces la tos producida al incindir la tráquea bastó para expulsar el cuerpo extraño, nosotros no podemos menos de aconsejar esta operación en los citados casos en que no sea posible enviarlo al especialista; que, al fin y al cabo, si su resultado fuera negativo, por lo menos se habría conseguido la ventaja de haber abierto la vía para que cualquiera medianamente versado en estas materias pueda llevar á cabo la bronquioscopia traumatodial, operación indudablemente más fácil que la bronquioscopia estomatodial.

Generalmente, puede bastar la abertura de la tráquea para que salga el cuerpo extraño. Pero si no fuera expulsado, no debemos introducir pinzas para ir en su busca, á no ser que aparezca á la vista enfrente á la abertura traqueal, porque, á pesar de que estemos seguros de su localización, esto sería caminar á ciegas y exponerse á graves contingencias. Ni aun subradiográficamente nos parece recomendable el procedimiento.

Casos ha habido, como el de Garel, en que, sin recurrir á la traqueoscopia, se logró la extracción de un cuerpo extraño metálico situado en un bronquio, mediante un electro-imán introducido á través de la herida traqueal.

Por lo que se ve, la traqueotomía es una operación apreciable en las circunstancias indicadas.

Pero es absolutamente indiscutible que el procedimiento de elección para extraer los cuerpos extraños de la tráquea ó de los bronquios es la tráqueo-bronquioscopia, método que en pocos años ha avanzado rápidamente, habiendo logrado curaciones asombrosas que pregonan su valía y colocan á Killian, su inventor, entre los grandes bienhechores de la humanidad.

Para demostrar palpablemente el valor de esta intervención, nada mejor podemos hacer que trasladar aquí un detalle de la estadística que el Dr. Irueste, asistente á mi clínica, ha hecho acerca de este mismo asunto para su tesis doctoral. De 94 casos de tráqueo-bronquioscopia por cuerpos extraños que hemos encontrado en la literatura médica, se consiguió la extracción en 88. De los 6 casos negativos, en uno de Killian se trataba de una aguja que estaba en la periferia del pulmón; en otro de Knost, afirma Killian, requerido por la pregunta del que intervino el caso, la extracción del cuerpo extraño en cuestión hubiera sido, sin duda alguna, realizable; en uno de Pieniazeck fué empujado con la pinza á la parte más alejada del bronquio; en otro de este mismo autor, al hacer la traqueotomía, se quedaron repentinamente sin luz, y las maniobras á través del tubo se hicieron á ciegas; el niño se ahogó. En otro de Guissez, la familia del paciente no consintió que se continuara, después de dos tentativas infructuosas. En otro de Moure, la enferma presentó síntomas de infección pulmonar después de la primera tentativa infructuosa, y murió antes de poder realizar otro intento.

Si de estos casos descartamos los tres últimos, en los que circunstancias ajenas se opusieron á la realización final de la traqueoscopia, resulta que de 91 casos se ha logrado la extracción en 88. Y una operación que da el 96 por 100 de curaciones es, en verdad, una operación excelente.

En realidad, el éxito de la bronquioscopia depende de muchas circunstancias de diversa índole, entre las que debe figurar, en primer término, la destreza del que la practica. Con razón dice Killian, que para ello no basta ser un buen laringólogo; es preciso ensayarse muchas veces en el cadáver ó en el fantoma especial, para tener alguna seguridad de hacerlo bien en el vivo.

La situación del cuerpo extraño es una circunstancia muy interesante; por fortuna, los cuerpos extraños radican casi siempre en el

bronquio principal, por razones puramente mecánicas, que se deducen de la disposición de las colaterales bronquiales, que, arrancando monopódicamente, lo hacen en ángulo muy abierto, y la penetración en ellas del cuerpo extraño es difícil. Esto es una ventaja para las maniobras bronquioscópicas y la extracción. Pero hay que confesar que en manos de Killian, cuya habilidad es sencillamente admirable, se ha logrado la extracción de cuerpos extraños situados en bronquios de segundo orden; tal ocurrió en el memorable y reciente caso de la niña Corina.

En los casos en que radique el cuerpo extraño en la periferia del pulmón, puede llegarse hasta él, según Killian, introduciendo una sonda á través del bronquioscopio en el bronquio interesado, y entonces el cirujano puede por vía externa palpar el extremo de la sonda y orientarse en la rebusca del cuerpo extraño. «Mi método de exploración bronquioscópica de las regiones periféricas del pulmón, podrá ser aplicado en los primeros casos que se presenten. Yo creo ha llegado en momento oportuno, es decir, en la nueva época de la cirugía pulmonar, inaugurada por el método de Sanerbruch» (1).

Es muy de tener en cuenta la forma del cuerpo extraño, la antigüedad de su penetración, la existencia de lesiones broncopulmonares de fungosidades que le oculten, etc., etc.; todas estas circunstancias, en las cuales no me detendré, contribuyen á dificultar la exploración, y son escollos que sólo se vencen con una gran paciencia y con la práctica y la experiencia adquiridas. Así, son realmente asombrosos la mayoría de los casos de Killian, en los que no se sabe qué admirar más, si la portentosa habilidad ó el tesón extraordinario del gran maestro, inventor de la bronquioscopia directa.

Para la introducción del tubo broncoscópico puede ser utilizada la vía bucal (bronquioscopia estomatodial), ó la abierta en el cuello por la traqueotomía (bronquioscopia traumatodial).

Cada una de estas vías tiene sus partidarios. Así como Killian practica y proclama la estomatodial como procedimiento de elección, y con el fin de simplificar su técnica, idea aparatos como su *Intralaringealer Rohrenspatel Zweiteilig,* que facilita grandemente la introducción de los tubos, Pieniazeck, en cambio, es el portavoz de la traumatodial. Y ambos maestros han obtenido resultados envidiables con los dos métodos.

Indiscutiblemente, el ideal sería practicar esta clase de intervenciones por la vía natural; nosotros no hemos encontrado grandes dificultades en la introducción del tubo broncoscópico por vía bucal, en las veces, relativamente numerosas, que la hemos practicado con

(1) Killian: *Deutsche Gesellschaft für Chirurgie,* 28 Abril 1905.

fin diagnóstico ó terapéutico en adultos; pero debemos confesar que no hemos encontrado iguales facilidades en los niños menores de cuatro años, pues si bien es cierto que hemos conseguido casi siempre su introducción, no lo es menos que ello fué logrado á costa de mucha paciencia y tiempo, teniendo que recurrir á la broncoscopia traumatodial, con la cual las maniobras de extracción se encuentran sumamente simplificadas.

Nosotros creemos que la bronquioscopia traumatodial tiene indudable oportunidad en los casos siguientes:

*a*) Si existen dificultades insuperables para practicar la estomatodial (anquilosis de la mandíbula, rigidez de la columna vertebral, etc.).

*b*) En los niños menores de cuatro años, si un breve intento revela dificultad de emplear la vía natural.

*c*) Si los cuerpos extraños son grandes y con aristas que puedan lesionar la laringe, ó si llevan mucho tiempo en los bronquios, y han determinado complicaciones pulmonares graves que exijan gran urgencia operatoria por disnea exagerada.

*d*) Si el cuerpo extraño reside profundamente en el bronquio izquierdo ó en alguna de sus colaterales: es sabido que el bronquio izquierdo arranca de la tráquea, formando un ángulo más pronunciado que el derecho.

*e*) Si el operador no tiene suficiente práctica; porque la bronquioscopia traumatodial es mucho más fácil: la iluminación se realiza mucho mejor, y el poderse emplear un tubo más corto facilita mucho el manejo de los instrumentos.

## DOS CASOS DE BLASTOMYCOSIS

Por el Dr. E. W. Ryerson
De Chicago. (1)

La blastomycosis hasta ahora no ha sido considerada como un factor en la Cirugía ortopédica.

Ha llamado grandemente la atención de los dermatólogos durante estos últimos años, dedicándole algunos trabajos Hyde y Montgomery, y refiriéndose algunos casos que se han sumado á la gran variedad de enfermedades que afectan á la piel.

En 1905, Eisendrath y Ormsby refirieron un caso, en el curso del cual apareció una cifosis, si bien había sido antes claramente diagnosticado.

(1) El Dr. Edwin W. Ryerson ha leído en Junio de 1908 un trabajo, ante la reunión anual tenida en Chicago por la Asociación Ortopédica Americana, sobre *Blastomycosis*, del cual creemos útil informar á nuestros lectores.

El Dr. Stober ha presentado varios casos, en los cuales había evidentes síntomas de estar afectada la columna vertebral.

Los que han visto enfermos de esta naturaleza, reconocen que presentan síntomas muy parecidos á los de la tuberculosis.

Los dos casos observados son los siguientes:

1.° Joven de veinte años, americano, que ingresó en el hospital en Mayo de 1907, asignándosele á una sala de Cirugía ortopédica, como enfermo de tuberculosis de la rodilla y del tarso.

Había tenido dispnea, dolor torácico, y á veces sudores nocturnos. En Diciembre apareció en la pierna izquierda una pequeña pápula, que gradualmente fué creciendo y ulcerándose pronto; aparecieron otras vesículas en la barba y por cima del ojo izquierdo, que también se ulceraron. Tenían el aspecto de los procesos tuberculosos, hasta el punto que un médico las había tratado como lupus.

Durante el invierno se presentó tos y expectoración; se inflamó la rodilla izquierda, doblándose ligeramente, limitándose los movimientos y haciéndose dolorosa. En Febrero ó Marzo el maléolo derecho fué también afectado.

Los antecedentes de familia y personales carecen de importancia, exceptuando que ha dormido durante varios meses en la cámara húmeda de un barco de draga.

Del examen de conjunto resulta que está pobremente desarrollado, mal nutrido y anémico. En el lóbulo superior del pulmón derecho se nota algún empaste y estertores. Temperatura, 37,7. La cara, con las lesiones mencionadas. El lado izquierdo del cuello, inflamado y fluctuante. La rodilla izquierda, inflamada, pero sin fluctuación ni rigidez; puede hacer la flexión hasta un ángulo recto, y en la posición ordinaria en el lecho permanece ligeramente doblada. La flexión es dolorosa. El maléolo externo del lado derecho está inflamado; hay fluctuación y gran sensibilidad.

El 10 de Mayo, á fin de disminuir el dolor, fué operado, haciendo una incisión en el punto fluctuante del tobillo, dando salida á como una onza de pus. La herida comunicaba por una pequeña abertura con el periostio del peroné. La abertura fué agrandada, encontrando una cavidad como de medio centímetro de extensión, que fué legrada, tocándola después con tintura de yodo. El absceso del cuello fué también legrado, y la supuesta úlcera luposa de la barba raspada. Los esputos, semejantes á los de un proceso tuberculoso. Las heridas curaron por primera intención, y no dieron trastorno alguno hasta cuatro meses después que volvió alguna á supurar.

A los pocos días de la intervención se presentó en la parte anterior del oído una inflamación blanda, dolorosa y fluctuante, del tamaño de una nuez, y que era producida únicamente por la obstruc-

ción del conducto de Stenon y, por lo tanto, una retención de saliva. El líquido fué aspirado; pero pronto se volvió á llenar, infectándose más tarde, por lo cual hubo que abrirla. Esta oclusión parotídea fué también notada en el segundo caso que voy á referir.

Severo dolor apareció en ambos tobillos y una muñeca, y empleamos el tratamiento de Bier, sin obtener resultado favorable. Nuevos abscesos aparecieron en el antebrazo derecho y en la tibia izquierda. Aspirando el pus y examinándolo al microscopio, se encontró una gran cantidad de blastomycetos, fundando entonces por primera vez un diagnóstico cierto.

Como tratamiento interno se empleó el yoduro potásico, el mercurio y el sulfato de cobre, sin encontrar ningún beneficio.

El curso fué progresivamente empeorando; los dolores eran intensos y continuos, y la postración considerable. Nuevos abscesos aparecieron en el cuello, pecho, espalda, rodillas, tobillos, pies y codos, y el 17 de Septiembre de 1907, con alto delirio, falleció. La autopsia demostró una gran cantidad de blastynomicetos en todos los puntos afectados.

*Caso* 2.° Joven italiano, de veintiún años de edad, sin antecedentes de familia ni personales de importancia. En Noviembre de 1906 tenía tos, arrojando algunos esputos sanguinolentos. En 1.° de Diciembre empezó á sentir dolores en la espalda, cuello y lado derecho del tórax, siéndole imposible trabajar y teniendo que permanecer en cama por espacio de cinco meses. En Enero ingresó en un hospital de tuberculosos, en el cual permaneció un mes. En Agosto le vi por primera vez. Tenía tos, dolor en la espalda, debilidad en las piernas, y hacía evacuaciones involuntarias. Apareció después cifosis en la región dorsal no muy acentuada. Las cuatro primeras vértebras de esta región eran sensibles á la presión; los reflejos rotubarios aumentados, ligero clouns en los tobillos, la marcha penosa. El aspecto era el tipo de una afección que yo consideraba tuberculosa. Le remití á mi clínica del hospital, en Agosto de 1907, donde fué colocado en el lecho; contracción de cabeza, y, pasada una semana, protestó de este tratamiento por imposibilidad de resistirle, según decía, levantándose y dando algunos pasos con muletas. A las tres semanas de ingresar en el hospital, la parálisis aumentó, y un mes después había completa paraplegia.

La sensibilidad había disminuído, pero no estaba abolida por completo. Había signo de Babinski.

En esta época la supuración aún no había comenzado; pero el 17 de Octubre apareció un pequeño absceso en la mejilla izquierda, cerca de la nariz, que pronto se abrió y supuró. La parótida del lado derecho se inflamó y se hizo quística, supurando más tarde. Una

inoculación subcutánea con tuberculina, el 14 de Noviembre, no dió reacción, y el 1.° de Diciembre se observó un gran absceso en la base del cuello con infarto de los ganglios cervicales. Varios pequeños nódulos aparecieron encima de las costillas; los pulmones se fueron afectando más; apareció en la espalda un gran absceso plano; desaparecieron los reflejos rotulianos y el signo de Babinski, y las piernas se paralizaron. Los reflejos abdominal y cremástico existían más marcados en el lado derecho; el dolor y la sensación táctil muy disminuídos, y abolidas las impresiones del frío y calor.

Examinados los esputos, se vió que contenían enorme número de blastomycetos.

El 23 de Enero se hizo una inyección de tuberculina que dió reacción positiva, quizá debido á otra inyección de tuberculina que se le había hecho semanas antes.

El curso del enfermo fué poco á poco agravándose, aun cuando algunos síntomas mejoraron, y hubo momentos en que parecía muy aliviado; pero después se acentuó la cifosis, el absceso de la base del cuello aumentó, la rodilla izquierda se hizo dolosa, la derecha y el tobillo supuraron, los abscesos se abrieron al exterior, y fueron legrados y tocados con tintura de yodo, á pesar de lo cual la supuración y las lesiones fueron extendiéndose y haciéndose muy dolorosas. La temperatura en este tiempo era normal y el pulso más bien rápido; mas por fin este pobre hombre era una masa enorme de ulceraciones y supuraciones, con las cuales parecía imposible que pudiera vivir.

El 14 de Marzo de 1908 murió, después de haber estado siete meses en el hospital.

El tratamiento farmacológico se limitó al yoduro potásico, sulfato de cobre, arsénico y hierro, todo lo cual no le produjo beneficio alguno.

La autopsia se hizo abriendo el tórax y examinando la columna vertebral en la región cifósica, la cual estaba cubierta en la parte de los cuerpos por una masa amarillenta supurativa, que se extendía por la pleura. La medula espinal no estaba afectada. Hay que advertir que no se hizo autopsia completa.

Puedo encontrar alguna disculpa en el error cometido en el diagnóstico de estos casos, teniendo en cuenta que los síntomas eran semejantes á los de la tuberculosis, y que yo no conocía los efectos de la blastomycosis más que en la piel, por las descripciones de los dermatólogos, pero no por las lesiones pulmonares ni de la espina dorsal, característicos, al parecer, de una infección tuberculosa.

Estos casos, no obstante, nos sirven para ponernos en guardia y hacer en otros semejantes un detenido examen bacteriológico.

# SECCIÓN CIENTÍFICA ORIGINAL

## PRIMERA CONFERENCIA

### SOBRE EL CONGRESO INTERNACIONAL DE WÁSHINGTON DADA EN EL COLEGIO MÉDICO DE MADRID

POR EL DR. D. CAMILO CALLEJA

Señores: El Dr. Pulido, digno Presidente del Colegio de Médicos, me propuso hace unos días dar en este sitio una idea del Congreso Internacional de la Tuberculosis, recientemente celebrado en Wáshington, y acepté muy gustoso este cometido, no sin algún reparo, por carecer de dotes oratorias. Digo que á pesar de esto acepté gustoso, porque me complace aprovechar esta oportunidad para saludar á los compañeros colegiados, confiando, además, en que, dada vuestra generosa hospitalidad, me concederéis el honor de recibir vuestra doble bienvenida: una por mi regreso de los Estados Unidos, adonde fuí como delegado del Gobierno español, y otra por haber trasladado mi residencia á esta capital.

*Hay mucho* que decir, pero me reduciré á hacer mención de aquello que puede ser más útil y fundamental, si bien he de ofrecer á vuestra consideración, al mismo tiempo, breves comentarios y mi propia opinión.

Me propongo dar dos conferencias, circunscribiéndome en esta primera á dar á conocer las impresiones generales y lo concerniente á la etiología y á la patología de la tuberculosis, esto es, á las causas y efectos de esta enfermedad, dejando para la segunda conferencia lo que se refiere á la profilaxia y terapéutica de la tuberculosis.

En el Congreso de Wáshington, como en todas las cosas de aquel país, la nota más saliente fué las colosales magnitudes. En uno de los monumentales palacios de estilo clásico, que dan á Wáshington el aspecto de una nueva Atenas, más de treinta amplios departamentos estaban destinados á la exposición de los objetos llevados por los Estados Unidos y por casi todas las grandes naciones del mundo á aquel Congreso, y ocho espaciosas salas servían para celebrar las sesiones: una de ellas, la mayor, para las grandes asam-

bleas, y las otras siete para las siete secciones en que estaban divididos los trabajos del Congreso. Entre los objetos expuestos, había multitud de piezas patológicas, de preparaciones bacteriológicas, de planos de hospitales, sanatorios y dispensarios, fotografías, mapas, literatura destinada á la educación higiénica del pueblo, con inscripciones en banderas, con carteles, con libros, etc., etc., y todo ello con tal profusión, que el enumerarlos solamente nos llevaría mucho tiempo, pues el catálogo es un librito de cerca de 300 páginas.

Entre las lesiones tuberculosas, ¡qué diversidad se advertía en aquella multitud de preparaciones anatomo-patológicas y fotografías, que en la exposición del Congreso pudimos observar!

Desde un simple eczema, ó una ligera foliculitis de la piel, ó una pequeña caries de una muela, se veía toda la escala de lesiones existentes y localizadas en todas las partes, sin respetar órgano alguno. Según íbamos observando las piezas, discurríamos sobre lo que habrían padecido cada uno de los individuos á quienes pertenecieron aquellos órganos lesionados, y nos decíamos: éste, con este ligero lupus eritematoso, no ha sufrido apenas; aquel otro, con la endocarditis fungosa, habrá seguido todo el calvario de las grandes lesiones del corazón; este otro, con su tuberculosis renal, habrá sufrido todo lo que padece el que tiene el mal de Bright; entre aquellos otros con los tubérculos en el encéfalo, habría locos, paralíticos, epilépticos, diabéticos, neurasténicos, etc.; los que fueron dueños de aquellos intestinos ulcerados, empezarían con dispepsias y terminaron con diarrea; en fin, para no cansar detallando las variaciones, porque se haría interminable, aquella colección de pulmones más ó menos destruídos, con tanta diversidad de lesiones, habrán provocado otras tantas variedades de tisis pulmonar.

En vista de todo esto, la *cuestión* nosogénica *fundamental* ha de comprender dos puntos:

1.° ¿Por qué todas las personas han de ser más ó menos pronto y por más ó menos tiempo tuberculosas?; y

2.° ¿Por qué hay esa diversidad de afecciones tuberculosas, curándose unos radicalmente y otros no, hallándose los bacilos latentes en unos, y manifestándose sus efectos en otros por tan distintas afecciones?

Entre los Estados de la Unión prestaron mayor concurso el de Nueva York, el de Pensylvania, cuya capital es Filadelfia, y el de Massachusets, cuya capital es Boston. Entre las naciones europeas más dignas de mención, la primera fué Alemania, y después la Gran Bretaña, Canadá y Austria. Recordemos también algunas personas. Entre los miembros de aquel Congreso, Robert Koch fué

la figura más prominente por su historia; pero allí se encontró con muchos opositores á su dualismo bacilar. No menciono ahora los demás extranjeros que tomaron parte en el Congreso, porque les conocéis bien, y he de nombrarles cuando haga referencia á sus trabajos. No son tan familiares para vosotros los prohombres de América del Norte, y me parece este momento el más oportuno para dar á conocer el puesto científico que allí ocupan las cuatro celebridades más notables: el Dr. Trudeau, de Saranac Lake (Nueva York); el Dr. Flick, de Filadelfia; el Dr. Wyman, de Wáshington, y el doctor Welch, de Baltimore. El Dr. Trudeau, una de las primeras glorias de aquella nación, es director del Sanatorio de Saranac Lake (Nueva York), que tan buena labor científica está produciendo, y fué el presidente honorario del Congreso en representación de los Estados Unidos. El Dr. Flick, de Filadelfia, es el primer campeón que tienen los Estados para la propaganda de esta lucha antituberculosa; ha hecho todo lo que puede un hombre hacer por la popularización de la higiene; él ha sido el Mentor del acaudalado Mr. Phipps, que ha donado ya de 15 á 20 millones de pesetas, de los cuales 5 invirtieron en el Congreso y los demás en la educación higiénica y fundación de dispensarios, y el mismo Flick ha conseguido también que el municipio de Filadelfia haya votado 3 millones de pesetas para un hospital de tuberculosos, y 2 millones para un dispensario de tuberculosos modelo. El Dr. Wyman, presidente de la sección sexta del Congreso, es el que tiene á su cargo la colosal publicación del catálogo médico universal. Y el Dr. Welch, presidente de la sección primera, es reconocido como el primer patólogo de aquel país.

Vamos á recorrer la Exposición para indicar algunos ejemplares, y ya que sea imposible dar cuenta de todos, lo haremos solamente de los que, perteneciendo al asunto de hoy—etiología y patología,—sirvan para ilustrarnos en la resolución del problema fundamental de la génesis de la tuberculosis, á fin de ver si podemos explicar de un modo satisfactorio, sin caer en contradicción con los hechos, la infinita variedad de efectos que pueden producir en nosotros los bacilos tuberculosos, desde el cero, ó sea la existencia latente de dichos bacilos en nuestro organismo, hasta la eternidad, representada por la tisis progresiva. Hay además que saber por qué en unos se presenta la tuberculosis más pronto, en otros más tarde y en todos antes de la edad media de la vida.

Para tener una noción de la variedad de lesiones tuberculosas (sin contar las pretuberculosas), bastaría con exponer los resultados de las mil autopsias en cuerpos de todas edades, practicadas en Montreal por los doctores G. Adami y John Mac Crae; de estos 1.000 casos, 417 (42 por 100) resultaron tuberculosos; pero entre éstos, 151

estaban curados de sus lesiones tuberculosas; 93 tenían tuberculosis latentes; 85 habían muerto por tisis pulmonar; 43, por tuberculosis generalizadas no pulmonares; 22, tuberculosis ligeras; 12, tuberculosis de los huesos, y 10, de las vías urinarias. De modo, que poco más de una cuarta parte de los tuberculosos, ó sea una octava parte de las autopsias hospitalarias de Montreal, denuncian que se habían muerto por consunción tuberculosa, mientras que más de la mitad de los casos ofrecían señales de tuberculosis benignas (latentes inclusive), que no habían sido la causa de la muerte.

Contribuyeron también á dar idea de la variedad de las afecciones tuberculosas, especialmente de formas no malignas, el doctor Landry y el profesor Arloing. El primero, en 1.400 autopsias que ha practicado en un hospital donde procuran no admitir tuberculosos, encontró, sin embargo, con mucha frecuencia, pleuresías crónicas tuberculosas en los que habían fallecido por otras enfermedades; y el profesor Arloing demostró que en los tuberculosos no siempre se presentan tubérculos visibles, ni las demás lesiones que tienen caracteres histológicos clásicos, sino que es muy frecuente lo contrario.

Las diferencias de criterio en la *etiología de las tuberculosis*, no son absolutas, sino relativas; sin embargo, se marcan decididas tendencias en unos á considerar de interés práctico solamente la causa interna, ó sea la predisposición; en otros, por lo contrario, á considerar la causa externa, ó sea el bacilo, con menosprecio de la interna, y en otros hay tendencias á reconocer los dos géneros de causas interesantes, interna y externa, si bien los casos en que hay predominio del factor externo son menos frecuentes. De aquí que clasifiquemos las opiniones médicas respecto á la tuberculosis, en exclusivistas y eclecticistas, calificando de exclusivistas las teorías que no reconocen más que un orígen á esta enfermedad, despreciando las concausas, y llamando eclecticistas á los que admiten diversos cofactores para la producción de la tuberculosis.

Dos son las teorías exclusivistas: la que explica la variedad de efectos de los bacilos tuberculosos por diferencias de predisposición, y la que explica dicha variedad por diferencias del contagio, tal como distintos tipos de bacilos, distintas vías de invasión, y de grados de la inmunidad por secuelas de infecciones tuberculosas anteriores.

La teoría exclusivista de la predisposición, que achaca las diferencias del proceso tuberculoso en cada enfermo á sus propias condiciones individuales, es la que predominaba antes del descubrimiento de Koch, y no cuenta ya más que con algunos prácticos que niegan de hecho, si no de dicho, la acción patogénica de las bacterias. Esta teoría casi careció de representantes en aquel Congreso. Sin

embargo, recordaremos Von Unterberger, de San Petersburgo, y Dr. Stiller, de Hungría, partidarios exclusivistas de la predisposición. En cambio, la mayoría de aquellos que se ocupan en experimentos de laboratorio son decididos contagionistas.

Para rebatir las teorías exclusivistas, escogeré algunas de las notas que tomé sobre el terreno, á fin de recordar lo más importante.

Alemania expuso preparaciones anatomo-patológicas, donde se ve iniciar la afección tuberculosa de los pulmones, unas veces por la vía bronquial y otras por las vías interiores, esto es, por la sanguínea, y la linfática, probando que la propagación del mal á los pulmones unas veces es directamente exterior y otras interior. Es decir, que si los pulmones son tejidos abonados, por hallarse en estado asténico, allí irán los bacilos tuberculosos, hayan penetrado por donde quiera.

Otras preparaciones alemanas enseñaban las diferentes fases de las lesiones tuberculosas que inclinan á creer en la unidad de las distintas formas de los bacilos tuberculosos.

También había esquemas alemanes ilustrando las diferentes lesiones, según el sitio y el desarrollo del mal, y representaciones gráficas y estadísticas que pueden servir de base para el conocimiento de las causas de la enfermedad. Todo ello confirmando la multiplicidad de lesiones, y las grandes diferencias que hay entre los tuberculosos á pesar de la unidad bacilar.

Austria también expuso gran labor patológica y microscópica, aunque no con la profusión de Alemania, ni tampoco proporcionaba más enseñanza que aquélla, ni cosa que fuese de más interés, al menos, en el campo de la etiología y patología.

Canadá demostró, con sus piezas anatomo-patológicas, que la tuberculosis no siempre se inicia por las vías exteriores, como las respiratorias y digestivas, sino que hay tuberculosis primitivas de los riñones y aun del pericardio. Es decir, que los bacilos van á fijarse á los órganos predispuestos, por escondidos que se hallen.

Los Estados Unidos expusieron innumerables piezas, entre las cuales destacaban, entre otras muchas, las de Boston, enseñando las semejanzas de las lesiones tuberculosas del pulmón del buey con las del hombre, y los resultados de las estaciones experimentales de aquella ciudad (donde está implantada la Universidad de Harvard), comparando los efectos de las inoculaciones en monos, cobayos y cerdos, unas veces con el virus bovino y otras con el humano, y también la posible propagación de la tuberculosis, con idénticas lesiones que la humana, por alimentos que contenían bacilos vacunos, como la leche y mantequilla. Esto prueba la unidad bacilar.

El Estado de Michigan tenía varias placentas y fetos nonatos con

lesiones tuberculosas, comprobando así la posibilidad de esta herencia morbosa, por más que sea rara.

La Gran Bretaña tenía preparaciones demostrando lesiones tuberculosas producidas en animales alimentados con leche tuberculosa, y, por consiguiente, demostrando también la unidad bacilar, y además otras piezas comprobando que la tuberculosis en los niños comienza frecuentemente, no sólo por las vías digestivas, sino también por las respiratorias, contra la opinión de algún notable bacteriólogo.

Vamos ahora á la exposición de ideas, ó sea lo manifestado por los que hemos hablado en las sesiones sobre la etiología y la patología de las tuberculosis. Pero, en vez de transmitir todos los detalles, voy solamente á referir aquello que puede contribuir, con lo expuesto de lo objetivo, á la resolución del problema nosogénico, que es el fundamental.

El Dr. Rosenau, de Wáshington, expuso los resultados de sus investigaciones sobre la vitalidad de los bacilos, confesando que no eran concluyentes, y que se necesitaban trabajos ulteriores. El doctor Wienzirl, de Wáshington, preocupado con la misma idea del contagio tuberculoso, dijo que los rayos del sol, obrando directamente sobre los bacilos tuberculosos, los destruye en unos minutos, mientras la luz difusa necesita de uno á diez días. Igualmente, el doctor Szaboky y el Dr. Purjesz, ambos de Hungría, refirieron los resultados de sus estudios sobre la vitalidad y las diferencias de las culturas de dicho bacilo. El Dr. Hitchens, tomando en consideración solamente el contagio, afirmó, sin embargo, que no hay peligro en manipular en una cámara con bacilos tuberculosos, si están secos. Los doctores Courmout y Lésieur, de Lyon, y la doctora Isidora Spitzstein, de Budapest, manifestaron que sus experimentos prueban la posibilidad del contagio tuberculoso percutáneo ó transcutáneo, porque, dicen, han producido la infección poniendo sobre la piel de los cobayos y de los conejos esputos tuberculosos. Pero, sin duda, no han tenido en cuenta al comparar estos animales con el hombre, que el pelo de ellos hace variar mucho las condiciones, favoreciendo la infección, tanto por sus más abiertos conductos pilosos, como por la protección que produce en ellos el pelo.

El Dr. André, de Lyon, presentó observaciones microbiológicas fomentando el terror al contagio, pues cree probar con ellas que las moscas son un gran peligro para la diseminación de la tuberculosis.

Allí se presentaron muchos continuadores de las investigaciones que hizo el Dr. Theobald Smith sobre la variabilidad de los bacilos tuberculosos, estudiando sus diferencias biológicas, morfológicas y patogenésicas. El Dr. Koch afirmó la dualidad de los bacilos tubercu-

losos, diferenciándolos en bovino y humano, considerando á los bovinos relativamente benignos, pues aseguró que jamás había visto lesiones pulmonares tuberculosas producidas por dichos bacilos. Apoyó la opinión de Koch el Dr. Nathan Raw, de Liverpool, quien manifestó que en las autopsias practicadas en miles de muertos por tuberculosis, había hallado dos tipos de lesiones, afirmando que las lesiones benignas, las quirúrgicas inclusive, son efecto de la infección bovina, mientras que el virus humano produce las tisis pulmonar é intestinal. Además, considera el Dr. Raw las dos infecciones mutuamente antagónicas, de modo que, padeciendo la bovina, desaparece la predisposición á la humana, y viceversa.

Hoy la clínica, confirmando otras pruebas de laboratorio, nos demuestra enteramente todo lo contrario á la teoría de Koch; y también en el Congreso de Wáshington prevaleció la idea de la unidad, como veremos por las siguientes referencias:

Unos doctores de Copenhague, cuyos nombres no recuerdo, veían en las culturas, además de los dos tipos definidos, otras formas de transición. El Dr. Arloing, de Lyon, refirió sus experimentos, demostrando la unidad de los bacilos tuberculosos, sean humanos, bovinos ó aviarios.

El Dr. Dinswiddie, de la estación experimental de Ark, y el doctor Charles Duval, de Montreal, presentaron pruebas opuestas á la idea de que las tuberculosis benignas, como las quirúrgicas, sean producidas por los bacilos bovinos exclusivamente. Los doctores Davalos y Cartayo, de Cuba, demostraron por las estadísticas que, á pesar de ser en aquella isla poco frecuente la tuberculosis animal, no deja de serlo la humana en todas sus formas y localizaciones.

El Dr. Charles Dawson, de la estación experimental de Newark, apoya la creencia de que la tuberculosis bovina, tanto en el ganado vacuno como en el de cerda, ha venido tomando vuelo, y que ha coincidido esto con el gran aumento de la tuberculosis humana. Actualmente, dijo Dawson, del 10 al 50 por 100 de las vacas, según los rebaños, son tuberculosas. Además, el mismo investigador estuvo de acuerdo con la mayoría de los demás congresistas americanos, afirmando que los mismos bacilos varían de forma y virulencia trasplantándoles de un animal á otro. (Pero este descubrimiento creo que haya sido el primero en proclamarle el bacteriólogo Jaime Ferrán.)

La teoría eclecticista que reconoce la importancia de los dos factores—el factor principal en primer término en la mayoría de los casos—y el factor bacteriano es la más corriente entre los clínicos, en la actualidad. Así oímos expresarse al profesor Welch, de Baltimore, y presidente de la primera sección (esto es, de patología y bacteriología) del Congreso. Dijo que se va precisando la orientación médica

hacia la multiplicidad de causas que debilitan la constitución del individuo, sin dejar de reconocer la participación que pueda tener el contagio, especialmente en ciertos casos.

El Dr. Hart reconoció que, á pesar de carecer los niños de predisposición á las tuberculosis en el vértice de los pulmones, estos órganos pueden estar predispuestos congénita y aun hereditariamente, si bien se manifiesta más tarde la enfermedad, y que, cuando ésta existe, se efectúa la localización en dichos puntos, ora invaden los bacilos tuberculosos por la vía aérea, ora por la linfática, ora por la sanguínea.

El Dr. Szaboky, de Hungría, estudiando una estadística comparativa de 3.000 individuos, mitad tuberculosos y mitad no tuberculosos, viene á declararse partidario de la predisposición, sin dejar de reconocer el peligro posible de contagio.

***

Todo lo dicho se refiere á otros congresistas; ahora me corresponde hablar de la tesis que expuse, tratando sobre la etiología y la patología de la tuberculosis, con el lema *Eupirexia,* que quiere decir *fiebre buena,* esto es, beneficiosa por antinomasia, como lo es la pretuberculosis febril en particular.

Pertenezco á los eclécticos; pero las ideas que sustento y he sustentado en el Congreso en dos tesis, ofrecen variantes de concepto propio, que me obligan á detenerme un momento en la explicación de lo que yo denomino el *eclecticismo optimista.* Con este objeto antes trataré: 1.°, de rectificar el concepto equívoco que se tiene de la infección; 2.°, de clasificar las infecciones en general y las tuberculosis en particular.

*La infección es una fecundación,* y, por tanto, no debe compararse, como generalmente se hace, con la siembra de una semilla. Cuando se siembra un grano de trigo, por ejemplo, no es el terreno, sino el mismo grano, el que se desarrolla, engendrando la planta; mientras que, cuando se inocula el bacilo tuberculoso en un tejido del cuerpo, no es el bacilo el que se transforma en granulaciones tuberculosas, sino las células del tejido donde se inoculó el bacilo; entonces los elementos anatómicos del cuerpo que sufre la inoculación son los que se multiplican y crecen, transformándose en granulaciones tuberculosas por la acción fecundante de dicho bacilo.

Por las mismas razones, la infección no es tampoco como una fermentación.

Esta diferencia no es puramente teórica, sino esencialmente práctica, puesto que, sacando el trigo que se sembró, ya no puede

nacer la planta; pero la gallina no dejará de poner los huevos mientras tenga óvulos fecundados, aunque se mate el gallo que les fecundó.

Este es el caso de toda infección y, por tanto, el de la infección tuberculosa, considerada desde el momento inicial, ó sea desde que comienza la pretuberculosis.

CLASIFICO LAS INFECCIONES EN EXÓGENAS Y ANFÍGENAS:

Es preciso establecer una clasificación de las infecciones, según que la bacteria que sirve de agente infeccioso ó patógeno sea extraña ó sea habitual á la naturaleza humana, pues hay microbios que son cosas extrañas para nosotros, como sucede con el bacilo vírgula del cólera y las bacterias de las demás enfermedades epidémicas y el espirilo sifilítico; y hay también microbios que son nuestros habituales huéspedes, constituyendo nuestra propia flora bacteriana, la cual, siendo tan común, ha de tener algún fin útil para la naturaleza humana. No importa que su exceso la haga ser morbosa, pues lo mismo sucede con los demás componentes del medio en que vivimos, porque entonces la superabundancia de una cosa determina la insuficiencia de otras que son necesarias para el buen funcionamiento del organismo.

Basándome en este concepto, clasifico las infecciones en *exógenas* y *anfígenas*. La tuberculosis, y mejor dicho, la pretuberculosis, pertenece á las infecciones anfígenas, á las que denomino de este modo porque pueden ser producidas por los dos órdenes de causas morbosas: por un lado, los bacilos tuberculosos habituales ó ubicuitarios, que he propuesto en el Congreso se les llame *bacilos de Ferrán*, para distinguirles de los bacilos tuberculosos ácido-resistentes apellidados de Koch, y por otro, la predisposición consecutiva á enfermedades astenizantes.

Hay dos series de *tuberculosos: exógenos* y *asténicos;* en los exógenos, el factor único que merece consideración en la práctica es el bacilo de Ferrán; mientras que en los asténicos, aunque concurren los dos factores, hay que tomar en consideración: primero, la predisposición, por ser el factor predominante, y en segundo término, el bacilo, el cual entonces cumple una función contraria á la que desempeña en los primeros casos. Hay también formas intermedias, satisfaciendo el orden general de la naturaleza por graduaciones; es decir, la influencia ó participación bacilar se marca más ó menos, según los casos.

Para penetrarse bien del distinto papel de los bacilos en las dos series de casos, no hay que perder de vista la distinción de las enfermedades en primitivas ó protonosis, y consecutivas ó deuteronosis. Mas hay enfermedades que pueden ser unas veces primitivas y

otras consecutivas, como sucede con la tuberculosis, y por esta razón admitimos la pluralidad de tuberculosis, diferenciando una tuberculosis exógena y múltiples tuberculosis deteuropáticas, que las califico de asténicas, lo cual, como veremos en la segunda conferencia, está en relación con los diferentes procederes terapéuticos y profilácticos que han de emplearse en cada clase de tuberculosis.

Pasemos ya á dar una noción de la pretuberculosis, la cual, en conformidad con Ferrán, se produce por los bacilos tuberculosos no ácido-resistentes, que dicho bacteriólogo ha conseguido transformar en bacilos de Koch, y viceversa.

En la práctica, la historia de los tuberculosos nos ofrece antecedentes de afecciones que han venido sufriendo por más ó menos tiempo, muy variables en cada paciente, que consisten: unas veces en neurosis, como la neurastenia, el histerismo y la epilepsia de los púberes; otras veces en fluxiones catarrales, que se traducen por ligeras bronquitis ó por cólicos; otras en inflamaciones, como la pleuresía y dermitis escamosas; otras en insignificantes hiperplasias, como foliculitis y verrugas, y otras, en fin, se producen estados febriles, parecidos á las infecciones colibacilares, al paludismo, á las fiebres reumáticas y á las fiebres neumónicas. Según esto, las afecciones pretuberculosas se hallan unas veces localizadas y otras generalizadas.

Para los clínicos, no hay la menor duda de que aquellos procesos precursores son ya el principio de la misma enfermedad, que después llega á ofrecer las dos características convencionales del diagnóstico definitivo de la tuberculosis, á saber: bacilos tuberculosos de Koch y granulaciones tuberculosas. Convenimos así en dividir la enfermedad en dos etapas; siendo la primera, ó sea la pretuberculosis, una incubación de la tuberculosis propiamente dicha. Por tanto, las afecciones tuberculosas jamás son iniciales, sino la continuación de las pretuberculosas. Éstas son, generalmente, afecciones de la juventud; son raras en la primera infancia y van siendo tanto más frecuentes con la edad, hasta llegar á la adolescencia, volviendo á ser poco comunes en cuanto los individuos han alcanzado su completo desarrollo.

Los más expuestos á las pretuberculosis bien manifiestas, y sobre todo á las acompañadas de reacción febril ó *eupirexias,* sin llegar á ser tuberculosos, son los jóvenes pertenecientes á familias muy tuberculizadas, siempre que aquéllos no sean de muy mala constitución y vivan en buenas condiciones higiénicas.

La característica de los pretuberculosos es la *euforia,* ó al menos si la sensación de bienestar no es completa no experimentan los enfermos un malestar proporcional á los síntomas objetivos. Por ejem-

plo, un tuberculoso pseudotifoideo pasa semanas y semanas con fiebre, sin que él se crea casi enfermo. Los pretuberculosos pseudopalúdicos sobrellevan los paroxismos febriles sin sufrir casi desasosiego. Los pretuberculosos pseudoreumáticos pocas veces tienen dolores intensos, y ni se ven siquiera obligados á guardar cama, y los pretuberculosos pseudoneumónicos sólo sufren una indisposición pasajera, á pesar de la expectoración hemotoica y de tener fiebre unos días.

Estos son los hechos, los cuales carecían de explicación satisfactoria hasta que descubrió Ferrán la fase del bacilo tuberculoso que él llama saprofítica. Los bacilos de Koch resultan insuficientes porque no pueden vivir apenas fuera de los tejidos patológicos donde se han engendrado por transformaciones de los bacilos de Ferrán. Estos se hallan casi en todas partes, y por esto mismo debemos averiguar qué fin útil desempeñan en la naturaleza humana, de acuerdo con la ley de que todo aquello que es muy general ha de tener algún fin útil.

Sabemos que si no fuese por ciertas bacterias que se hallan muy extendidas en los terrenos de cultivo, el nitrógenode la atmósfera no se transformaría en compuestos químicos que los vegetales pueden asimilar para su crecimiento; sin tales bacterias el nitrógeno atmosférico no sería asimilado por las plantas, ni tampoco por los animales, puesto que éstos se incorporan el nitrógeno cuando ingieren los vegetales. También se sabe ya que el lactobacilo que existe abundantemente en nuestras vías digestivas nos defiende de la infección de multitud de bacterias que ingerimos constantemente.

Lo que abunda no daña, al menos en términos generales, queriendo decir con esto que los perjuicios que puede ocasionar lo que abunda son menores que los beneficios. De esta condición es el bacilo tuberculoso ubicuitario, ó sea, el bacilo de Ferrán.

Según esto, la palabra infección no debe de llevar consigo, como viene sucediéndo, la idea de ser siempre una cosa mala, sino que también hay infecciones relativamente buenas, porque vienen á remediar otros males peores. Entre los microbios ó bacterias capaces de desempeñar función terapéutica ó curativa, tenemos los gérmenes de la putrefacción, los gérmenes de la supuración y los gérmenes de la tuberculización, ó sean los bacilos de Ferrán. Estas tres clases de bacterias, si se inoculan más ó menos directamente en el torrente circulatorio en cantidad visible sin lentes de aumento, producirán una infección mortal; pero si invaden por simple yuxtaposición una parte del cuerpo en moderada cantidad, como cuando la putrefacción ó la supuración se desarrollan en un órgano para eliminar algún tejido mortificado ó algún cuerpo extraño, ocasionan un beneficio

indudable. Del mismo modo, si los bacilos tuberculosos, yuxtapuestos habitualmente á nuestro cuerpo, proliferan en tejidos donde las células se hallan amortiguadas ó, débiles, provocan en ellas un aumento de la reacción vital, mejorando el estado en que se hallaban, pues las toxinas de los bacilos tuberculosos, siendo muy oxidantes, estimulan dicha reacción.

Para aclarar este pensamiento, es necesario estudiar los individuos pretuberculosos antes de serlo, ó, mejor dicho, hay que averiguar el por qué, hallándose el bacilo de Ferrán en todas partes, á unos invade más pronto y á otros más tarde; en unos produce modificaciones latentes, y en otros se manifiestan afecciones tan diferentes en grado y extensión como las que hemos apuntado. La razón de esto está en una multitud de concausas ó cofactores distintos que preceden á los bacilos de Ferrán en la producción de dichos efectos.

Los bacilos de Ferrán parecen indiferentes á nuestro organismo mientras éste ó algunas de sus partes no padezcan de astenia, siendo entre las astenias la más predisponente la hipoxigénica, esto es, la producida por reoxigenación insuficiente. La reoxigenación puede ser insuficiente, ya sea por respirar aire puro con escasez, ya sea porque estados anémicos primitivos, como el producido por una alimentación miserable, ó por infecciones ó intoxicaciones crónicas, como las producidas por el virus sifilítico y el alcohol, vienen á disminuir el poder que tiene nuestra sangre y nuestros tejidos para asimilar el oxígeno.

Los bacilos tuberculosos, en las astenias y, sobre todo, en la hipoxigenia, son beneficiosos. Una vez determinada la hipoxigenia, el mejor recurso que nos ofrece la naturaleza para rehacernos de la astenia ó debilidad, es el bacilo de Ferrán; pero según es el grado en que se halle la hipoxigenia, así también el bacilo prolifera más ó menos, y también se desenvuelve, variando más ó menos sus condiciones de vitalidad y de virulencia ó patogenésicas, y, por tanto, en tales casos, el daño por entero depende de aquellas enfermedades asténicas precursoras, como la hipoxigenia, la inanición, la sífilis y el alcoholismo, por más que en un gran número de individuos se desconozca la causa primordial, y nos tengamos que conformar con decir que la astenia predisponente es idiopática, ora sea discrásica, ora sea idiosincrásica.

Es muy difícil generalmente el diagnóstico de la pretuberculosis. Hasta ahora solamente á fuerza de gran experiencia y profundo conocimiento de los antecedentes del enfermo y de sus respectivas familias, llegábamos únicamente á suponer un diagnóstico, que sólo se hacía seguro cuando los casos degeneraban en ulteriores afecciones francamente tuberculosas. Pero se han iniciado estudios

que en un porvenir próximo han de suministrarnos medios para precisar el diagnóstico de las pretuberculosis, y saber cuándo es exógena y cuándo es asténica, para en el primer caso aplicar con oportunidad el remedio específico que indudablemente no se ha de tardar en descubrir. Dejemos este asunto para la conferencia próxima.

La teoría que pretende interpretar las diferencias entre las afecciones tuberculosas únicamente por variaciones primordiales de los bacilos, no es, en mi opinión, aceptable, por ser contradictoria é insuficiente. Producen principalmente tales diferencias las secuelas de las enfermedades astenizantes que haya padecido el sujeto ó sus antecesores, y también variarán los efectos con el grado de intensidad de dichas enfermedades precursoras; pero además no hay que dejar de reconocer la parte que puedan tener los bacilos, por su cantidad y por su virulencia, en las variaciones de los procesos tuberculosos.

Nos queda otro hecho por explicar: ¿Por qué en unas personas el proceso pretuberculoso se hace tuberculoso y en otras no? Es decir, ¿porqué los bacilos de Ferrán se transforman ó no en bacilos de Koch? El bacteriólogo Jaime Ferrán ha dado á conocer la razón. Esto se verifica por la influencia recíproca de los tejidos infectados sobre los bacilos. En los inoculados vencen más veces los bacilos que en los infectados por superposición, porque cuando los bacilos se han inoculado en superabundante cantidad, producen con el exceso de toxinas, primero una excitación extraordinaria de la reacción vital y una oxidación exagerada que conduce á un estado asténico, y entonces los tejidos del organismo prestan á los bacilos de Ferrán los productos para su morbosa evolución en bacilos de Koch; pero cuando los bacilos que habitualmente sobrellevamos con nosotros infectan á los que están asténicos, las enfermedades anteriores son las causas primordiales de aquella degeneración bacilar.

Tenemos ya la base del concepto diferencial de las tuberculosis, estableciendo dos especies: una primitiva ó protopática, y otra consecutiva ó deuteropática; la primera es la tuberculosis exógena, ó exotuberculosis, en la que el contagio de los bacilos es el factor más importante del engendro de la enfermedad, y para el que se han de formular las indicaciones; y la segunda constituye el grupo de las tuberculosis asténicas ó astenotuberculosis, en las cuales no hay que atacar el virus, sino que, siendo procesos morbosos consecutivos, hay que formular las indicaciones según las enfermedades precursoras, ó predisposición.

Entre las enfermedades asténicas, las más predisponentes á la tuberculosis son:

*a*) Lo hipoxigenia primitiva;

*b*) Las anemias primitivas por inanición, por inacción y por ponosis (agobio);

*c*) Las infecciones crónicas, principalmente la sífilis;

*d*) Las intoxicaciones crónicas, principalmente el alcoholismo;

*e*) Las discrasis débiles ó asténicas, principalmente la flácida.

El estado más predisponente es el complejo, que resulta cuando padece un mismo individuo dos ó más de estas enfermedades, por ejemplo, hipoxigenia y discrasia asténica.

---

# EL CONCEPTO 'DELIRIO'

POR EL DR. ABDÓN SÁNCHEZ-HERRERO

Director del Sanatorio del Pilar; de la Beneficiencia municipal, por oposición.

Obligación es de aquel que cultiva una ciencia determinada, tratar de purificar su contenido de cualquier error, para servir así á su progreso. Por su etimología, la palabra *delirio,* quiere decir *fuera del surco.* Esto es: fuera de la marcha ordenada que las inflexibles leyes de la Lógica imponen al pensamiento. Este es el síntoma que más llama la atención del vulgo en la enajenación mental, y como es tan expedito en sus juicios, sólo llama locos á los delirantes, á los verdaderos *locos de atar*. Excusado es demostrar, que tal manera de ver la compleja y extensa cuestión de la locura es falsa, y de ello estará convencido quien conozca algo la Psiquiatría moderna. Si por un momento considerásemos á la mente con separación real de la materia, podríamos concebir en ella cualquier estado, menos el delirio, que se debe únicamente á una enfermedad del cerebro. Pero como la mente se encuentra unida al organismo, mediante el endocosmos, todas las alteraciones de un elemento resuenan sobre el otro, y *viceversa*. Así basta que una dosis relativamente insignificante de alcohol impurifique la sangre arterial que va al cerebro, para que se presente el período primero *(de excitación incoherente)* de la embriaguez alcohólica. El cual es un genuino y típico delirio, comparable al de la manía aguda. Aquí vemos presentarse el delirio por razón de un agente tóxico que actúa directamente sobre el protoplasma nervioso.

La uremia, sea cualquiera la teoría patogénica que se acepte, es un envenenamiento de la sangre, y por serlo, tiene una forma delirante, expresión natural del daño que al cerebro infiere la alteración de su líquido nutritivo. De manera que, en cuanto se modifican

las condiciones anatómicas ó fisiológicas del órgano, aparece indefectiblemente el delirio; y los hechos que pudieran aducirse son tan numerosos, que resulta mi aserto ser la evidencia misma. ¿Qué les ocurre al morfinómano y al cocainómano cuando se les suprime el veneno de manera brusca, como debe hacerse siempre? Pues que, intoxicado su organismo por estos agentes y habituado su encéfalo á la acción deletérea de tales substancias, aparece de repente la ansiedad morfínica ó cocaínica, con deseo vehemente de ponerse las inyecciones, estado que constituye un delirio bien caracterizado. El mismo razonamiento puede emplearse á propósito de las demás locuras tóxicas, por ejemplo, la producida por el haschisch. Aconsejamos, pues, á nuestros amigos que no usen nunca los llamados estimulantes intelectuales, porque éstos conducen (con muy poca lentitud) al delirio, y de aquí al manicomio. ¿Quién no recuerda la triste historia del inspirado escritor francés Guy de Maupassant? Y si este ejemplo no bastase, otros podrían citarse sin salir de la misma Francia.

Mas no es esto solo. La sangre que llega al cerebro tiene que estar á una temperatura dada, y si pasa de este límite, el delirio se manifiesta. La fiebre tifoidea, debida al bacilo de Eberth-Gaffky, es el ejemplo más elocuente que puede ponerse. Mientras la temperatura, aunque alta, no es excesiva, el delirio es no sólo de palabra, sino de acción, costando muchas veces gran trabajo mantener al enfermo en el lecho. Mas cuando la temperatura pasa de los 40°, el imponente *estupor tifoideo* se establece, en el cual el enfermo queda convertido en una masa inerte, obedeciendo pasivamente á los movimientos que se le quieran imprimir, desaparecidas las manifestaciones de la conciencia, aun durante varios días, y sin otros signos de vida que las contracciones cardio-arteriales y los fenómenos respiratorios. He aquí lo que pueden hacer las toxinas del bacilo: sumergir al organismo en un estado muy próximo á la muerte. Este hecho es el más á propósito para hacernos comprender cuán delicadísimo es el protoplasma nervioso, sutil instrumento del sér inteligente, y del cual dependen los demás tejidos. Sabemos que el tejido nervioso es el primero en la jerarquía histológica, y su función transitiva no admite similitud con otra alguna. Lo que podemos asegurar, con entera certidumbre, es que el papel del sistema nervioso, tanto en la salud como en la enfermedad, se comprende aún muy poco.—Bastaba á mi actual objeto hacer notar que la hipertermia hace delirar.

En los casos que he citado se ven causas intoxicantes ó autointoxicantes, engendrando la alteración de la sangre y, por consiguiente, el delirio. El mismo mecanismo es el de la locura en las

distrofias; la gotosa, la diabética, por ejemplo. Es que la ley es idéntica. El delirio revestirá distinto aspecto, según las condiciones individuales del sujeto; su carácter, sus costumbres, sus ocupaciones, el medio en que se haya desenvuelto: circunstancias que nunca debe menospreciar el alienista. Bajo el punto de vista de la Psicología pura, también encierran profunda enseñanza estos hechos. Ellos nos obligan á separarnos del exclusivismo de las antiguas escuelas y á tener muy en cuenta el estado orgánico en las manifestaciones todas de un sér. De la misma manera que la ciencia desapasionada é imparcial de nuestros días, ha hecho un estudio profundo de los efectos orgánicos de las emociones (véase el excelente trabajo del profesor Lange), rindiendo con ello un homenaje—tanto más de agradecer, cuanto que se funda en hechos observados con el rigor científico que debe exigirse hoy—á la soberanía del espíritu en la vida, debemos los psicólogos, en justa correspondencia, no cerrar los ojos á la evidencia, puesto que un hecho vale por cien argumentos, sino reconocer de buen grado la verdad de que cualquier alteración en la salud del cuerpo, ha de producir perturbación proporcionada en la actividad del espíritu.

Voy á entrar ahora, abandonando este terreno, en otro orden de consideraciones. Se demuestra en Patología general y en Anatomía patológica, que en la enfermedad *no hay nada nuevo,* sino sólo modificación de la normalidad existente. Así, la taquicardia es una alteración del ritmo normal del corazón; la dispnea lo es de los movimientos respiratorios fisiológicos; la dispepsia del proceso digestivo en estado sano, y lo mismo puede decirse de la afasia, de la convulsión, de la xantopsia y los demás síntomas hoy descritos y que en lo sucesivo se descubran. Del mismo modo, en las lesiones, cuyo estudio forma el objeto de la Anatomía patológica, no hay sino alteraciones de los elementos anatómicos normales, más ó menos profundas. Así, un hematie invadido por el hematozoario de Laverán, continúa siendo fundamentalmente un hematie, con sus conocidas propiedades y su construcción específica; una célula cancerosa recuerda muy bien el tejido epitelial de que procede, y aun en las degeneraciones, como la amiloidea, por ejemplo, se comprende que no puede menos de ser el producto patológico una modificación química de alguna substancia que, en estado de salud, forme parte de la composición del organismo. Y no podía menos de suceder así, si se tiene en cuenta que la enfermedad en último análisis no es sino un caso particular de la vida.

Pues esto, que es una verdad de orden general, se cumple también en el dominio de la Psiquiatría, el cual forma parte (conviene recordarlo siempre), del contenido propio de la Medicina interna,

siendo una de las ramas de esta ciencia que gozan hoy de más poderosa vida. El delirio más violento recuerda de manera constante los rasgos principales del carácter del sér que lo padece. Así, supongamos un sujeto habitualmente tímido, apocado, de pocas reacciones motoras, que no se atreve á emprender nada por temor al fracaso, poco amigo de salir á la calle, permaneciendo durante quincenas enteras aislado en su casa; éste, al enfermar del cerebro, se hará melancólico, por la sencilla razón de que su manera de ser y de ejecutar su vida individual, le predisponen á esta psico-neurosis, la cual revestirá acaso en él formas intensas. Si un sujeto es, en estado normal, alegre, decidor, expansivo, de mucho movimiento, poco aficionado al cálculo y sí á la acción; emprendedor, aunque sin meditar con calma sobre los medios de ejecución y los resultados probables, podemos afirmar que este individuo, al enfermar de la mente, contraerá una manía. Porque su conciencia es terreno abonado para esta afección y, en cambio, no lo es para otras.

¿Es un individuo desconfiado, creyendo que todo el mundo le engaña, que nadie le tiene afecto, por lo cual esquiva el trato de las gentes, refugiándose en la soledad? Este se hará perseguido, á poco que la causa, hoy desconocida, de esta enfermedad actúe sobre él con cierta insistencia. Y debemos considerar en él la afección de Lasègue como una exageración de su estado habitual, para la que el camino es ancho y llano. ¿Es un sujeto de una gran susceptibilidad respecto á la noción de sus derechos, sin cuidar apenas de sus deberes respecto á su familia y á la sociedad en general, egoísta y egocéntrico? Es casi seguro que al adquirir una enajenación mental, habrá de ser ésta la paranoia de los procesos, tan bien descrita por Krafft-Ebing, y de la que haré un estudio á su debido tiempo. Porque este mal sólo aparece en aquellos séres que, por deficiencias varias, generalmente de instrucción y de educación, no son capaces de comprender el sentimiento de la justicia, tan asequible, sin embargo, á todo hombre culto que marcha en armonía con las ideas de nuestro siglo, y no es un retardado en el progreso de los tiempos.

Bastan estos ejemplos para hacer comprender la idea que me proponía sustentar en este escrito. Es decir, la aplicación á la Medicina mental de las leyes descubiertas por la Patología general y la Anatomía patológica modernas. Lo que hay de esencial en cualquier delirio vesánico, sea de la forma que quiera, es un conjunto de caracteres que paso en este mismo momento á examinar. La *disminución del sentido crítico* es el primero. El hombre cuerdo tiene capacidad bastante de ordinario para distinguir la verdad del error, y esto es lo que le hace gobernarse á sí mismo y poder adoptar la determinación adecuada en el instante preciso, sean cualesquiera las circuns-

tancias que le rodeen. Esta capacidad es mayor en las cosas relativas al oficio ú ocupación habitual del sujeto, dado que las facultades humanas son tan limitadas y nuestra mezquina vida tan fugaz, que un individuo que puede ser un sabio en una rama determinada de la ciencia, no pasará de medianía en otra, y acaso en alguna sea una completa nulidad. Pues bien; el carácter principal de la lucidez de conciencia estriba en conocerse á sí mismo; en juzgarse, como si se tratara de otra persona; apreciando en su valor verdadero sus cualidades y sus defectos, y no haciéndose ilusiones acerca de este punto. Cuando un hombre sensato tiene que adoptar una determinación grave en asunto que no entiende, por ser ajeno á su oficio, se acuerda del proverbio que dice: *más ven cuatro ojos que dos,* y toma consejo de personas desinteresadas que, por su virtud y ciencia, le inspiren confianza. Y hace lo que éstas le aconsejan; de esta suerte se conduce racionalmente en el mundo. El delirante, por el contrario, aun en el período inicial, mira con desconfianza todo lo que viene de fuera y prescinde de los consejos de los que le rodean. Un perseguido, por ejemplo, opta por mudarse de casa ó por emprender viajes, con el fin de substraerse á la imaginaria persecución de que es víctima, y para ejecutar estos actos, no consulta el parecer de nadie, sino que procede por sí y ante sí. Como consecuencia de estos cambios de lugar, si bien obtiene al principio un alivio momentáneo, originado por las nuevas impresiones, bien pronto reaparece el delirio con redoblada intensidad, y el sentido crítico se lesiona más y más. Buscando la causa de aquel desasosiego é intranquilidad crecientes, lejos de atribuírsela, cree que reside en el mundo exterior, que trata de destruirle. En otros casos, en el melancólico, v. gr., el paciente encuentra la causa en sí mismo, es auto-acusador, y aquí encuentra la base para un delirio depresivo.

El segundo carácter que encontramos en todo delirante, es *el de tomar sus ideas por verdades objetivas.* Ocurre algo de esto en el sujeto normal, en particular en aquellos en que predomina la imaginación sobre la reflexión. Los poetas, novelistas y, en general, cuantos dejan rienda suelta á la fantasía (la *loca de la casa*, como la llamó Santa Teresa de Jesús), se encuentran expuestos á aquel escollo. Si quieren evitarlo, y deben desearlo, pues no existe la belleza apartada de la verdad, han de someter sus producciones al análisis de la más fría razón y condenar á la destrucción las que sean desechadas por esta facultad superior. Algo así como el expurgo de que fué objeto la librería de Don Quijote, que, con la gracia que le era propia, nos dejó descrito Cervantes. Por esto, ningún delirante admite discusión sobre la idea falsa primordial del delirio, que para él es la evidencia misma. El razonamiento es contrapro-

ducente; el enfermo se irrita con la contradicción; su delirio echa raíces, y de aquí viene el empeoramiento, resultado opuesto al que debe proponerse el médico. En general, con los delirantes poca conversación, y no llevarles nunca la contraria, por las razones antes indicadas. Para prevenir con seguridad en nosotros las alteraciones intelectuales, acostumbrémonos á aplicar el método baconiano en su mayor rigor, es decir, *partamos de las cosas.*

---

# CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LA GÉNESIS DEL TEMBLOR EN LOS QUISTES HIDATÍDICOS

Por el Dr. D. José Belisario Gallego y Sanz
Del Instituto Rubio

Nos ha inducido á exponer la idea que luego desarrollaremos, la observación de un enfermo, asaz curioso, en nuestra consulta particular, á fines de Junio último, y que ha ingresado en la enfermería del Instituto Rubio el día 2 de Noviembre. Dicho enfermo carecía de historial clínico en absoluto, y presentaba en una zona extendida desde un centímetro por encima de la espina ilíaca anterior superior hasta dos centímetros por encima del pubis y algo por fuera, describiendo una línea oblicua, «un tumor» cuyo diámetro transversal no sobrepasaría dos centímetros el día que lo hemos visto por primera vez; no hacía relieve sobre la piel, era desigual, nodular, pero de nódulos lisos. Por la percusión superficial se apreciaba macidez; en cambio, á la profunda, había sonoridad clara, de forma alargada, de los diámetros ya mencionados, y sin temblor de ninguna clase. Haciendo incorporar al enfermo, el tumor desaparecía.

*Diagnóstico.*—En obsequio á la verdad, debemos decir que no lo hicimos.

*Tratamiento.*—Como se trataba de un tumor, y al parecer benigno, por no acusar trastornos el individuo, le propusimos su ingreso en el Instituto después de las vacaciones de verano, por haberse terminado ya el curso, presentándose en nuestra consulta el 28 de Octubre, en cuyo día le exploramos de nuevo, después de asegurarnos había estado muy bien, y de que si se había animado á operarse, era porque le habían dicho unos que tenía un riñón caído y otros que era un tumor sin importancia, y que á los catorce ó quince días estaría curado. El reconocimiento demostró un aumento del doble de las dimensiones señaladas más arriba próximamente; los nódulos eran

mucho mayores y lisos; era necesario percutir con bastante intensidad para hallar sonoridad, y, cosa extraña, se notaba una trepidación especial á la percusión, por ser ésta continua, y que sospechamos fuera el temblor hidatídico. Para su confirmación recurrimos al método mejor de apreciar aquél, y que consiste en colocar los dedos de la mano izquierda, excepción hecha del pulgar, sobre el tumor que se desea explorar, y percutir rápidamente y una sola vez, procurando volver á levantar con rapidez el dedo percusor sobre el dedo mayor; y efectivamente, hallamos el temblor característico. A pesar de que en nuestra primera observación no encontramos nada en el abdomen, y pensando que los quistes peritoneales no se hallan solos la mayoría de las veces, de ahí que extendiéramos el radio de acción exploratoria á todos los ámbitos del abdomen, y nos sorprendiera grandemente encontrar invadido todo el peritoneo, en unión de una tumoración de regulares dimensiones en el hipocondrio izquierdo, las que no hemos de describir por no ser ese el objeto de esta nota.

En vista de este caso, y como con la teoría reinante de Davaine no nos explicábamos por qué cuando al parecer hay menos tensión en los quistes es al principio, y por tanto, están en mejores condiciones de que se provoque la oleada líquida, existía la falta completa de temblor, y en cambio, cuando los quistes debían reunir cualidades contrarias se observaba con toda claridad, se nos ocurrió si serían otras las causas productoras del temblor; porque tampoco cabía pensar en la teoría de Briançon, ya desechada por haberse notado dicho fenómeno en los quistes uniloculares. ¿Qué causas son éstas? Vamos á encontrarlas en la misma estructura quística. A nadie se le oculta que, una vez introducido el equinococo en un tejido determinado, forma una vesícula especial, cuyas paredes no tienen estructura parecida á tejido alguno, y de ahí el nombre de anhista; esta vesícula, en su crecimiento, separa los tejidos que la rodean, distendiéndolos, atrofiándolos, y provocando por la irritación conjuntival la formación de una esclerosis en su contorno, que trae come secuela la producción de una cápsula fibrosa que no se adhiere en ningún caso á la vesícula. Es de notar que la cápsula á que aludo anteriormente es de forma irregular en su interior, por la diferente resistencia que oponen los tejidos que rodean á la vesícula, y que habrá momentos en los cuales cederán con mayor facilidad y en demasía de lo solicitado, y entonces, como se comprende, será mayor la cavidad fibrosa que encierra la vesícula equinocócica, y como consecuencia, se podrá desplazar por cualquier clase de impulso á que sea sometida. Claro está que el desplazamiento será pequeño, porque nunca las dimensiones de la una sobrepasan á las de

la otra en términos considerables; y entonces nos podría dar explicación de las sensaciones que acusán algunos enfermos y de la oleada líquida que aseguran algunos clínicos percibir por la palpación combinada, y que nosotros creemos no se trata más que de una modificación de desplazamiento; pues es ley de física que todo líquido sometido á alta tensión no vibra, y la razón es obvia, puesto que para que haya vibración, es necesario que haya movimiento de moléculas, y éste supone espacio donde ha de verificarse.

De lo anteriormente expuesto, que más ó menos confusamente hemos relatado, se deduce que en los casos de cavidad amplia el quiste hidatídico, entiéndase vesícula y contenido solamente, gozará de libertad en ciertas condiciones, muy limitadas por cierto. Pues bien: si se le percute, siguiendo las reglas indicadas en la historia del enfermo, se observará que la vesícula sufrirá una conmoción de todas sus moléculas en el momento de chocar violentamente con la cavidad adventicia, como cuerpo sólido heterogéneo, al mismo tiempo que aquélla y los tejidos ambientes son conmovidos, molecularmente, en una extensión determinada. Bien se comprende que tiene que ser molecularmente, porque el desplazamiento es pequeño, y sólo así puede dar lugar á una trepidación, porque ésta, en último caso, no es más que un cambio de moléculas, y siendo grande el desplazamiento del quiste, habría interferencia, quedando anulada, aparentemente, la conmoción del quiste, por ser mucho más perceptible el movimiento, y, por tanto, confundida aquélla con éste. He ahí la génesis del temblor hidatídico, según nuestra humildísima opinión.

En resumen: no es la oleada líquida, como creía Davainre, ni la colisión hidatídica de Briançon; es el quiste que va y viene, y si la percusión es continuada, continuado es el temblor; es, en una palabra, un peloteo hidatídico.

Bases en que sustentar la teoría:

1.° Todos los símiles que se han hecho del temblor coinciden en que es conmoción sólida, transmitida; por ejemplo: una de las comparaciones que se hacen es con la trepidación que origina la percusión en un colchón metálico, y, por tanto, vibración de elementos metálicos en espacio libre; otra, es la de mi distinguidísimo maestro Dr. Cervera, que le asemeja á la sensación especial que produce una vejiga casi llena de gelatina, cuerpo sólido también dentro de espacio donde moverse; otra, la de mi queridísimo maestro D. José Arnal, jefe del Dispensario de Cirugía general, que le parece apreciar una conmoción como la que se observa en una pelota de celuloide, con un cuerpo duro dentro, al hacer cualquier clase de movimiento con dicha pelota.

2.° Hay quistes que en su evolución presentan el temblor en una

época y en otra no, con intervalo de tiempo variable, como ocurrió en el caso que describimos al principio; y entonces, sólo admitiendo que el quiste se ha fraguado una cavidad mayor en un momento determinado, nos podremos explicar su mecanismo.

3.° Ciertos quistes, con una tensión enorme, dan el temblor; y en otros, por el contrario, con una tensión menor, por mucho que se investigue, no es posible notarlo; y la razón de suceder así la encontramos en el párrafo de la base segunda.

4.° La relativa frecuencia con que se presenta el temblor en los quistes hidatídicos peritoneales, ó que se aproximan al peritoneo, parece indicar que en estos casos, y en algunos momentos, gozan de la movilidad necesaria para provocarlo.

5.° La observación frecuente del temblor en los quistes multiloculares, teoría de Briançon, tiene su explicación en que unas vesículas fraguan para las colindantes cavidades mayores, lo que les permite desplazarse; y en esto debe estribar el por qué de que el enfermo objeto de este trabajo presentara en Octubre temblores y en Junio no.

6.° Cuanto más tenso sea el quiste, mejor se apreciará el temblor, porque en este caso se desplazará mejor; la prueba la hemos visto en un enfermo de la clínica, con un tumor muy renitente, signo de tensión éste y de desplazamiento el temblor. Además, es ley de acústica que el número de vibraciones de una cuerda crece con la raíz cuadrada de su tensión.

Parece á primera vista que en la génesis del *temblor hidatídico* el factor principal es la amplitud en que ha de moverse el quiste; pero creo he sido bastante explícito y no habrá lugar á dudas. Debo advertir que hay otra clase de quistes en que las condiciones son iguales, y entonces se presenta el temblor, como un caso citado por Segond, de quiste intraligamentario muy tenso y de paredes muy finas.

Claro está que no será típico temblor hidatídico, porque ya la física, al tratar de las leyes de vibraciones transversales de cuerdas, hace hincapié en que sean éstas de la misma naturaleza; pero, ¿quién será el experto clínico que los diferencie? Quizá el día que se inventara un aparato, por el estilo de la «Sirena y de la Rueda de Savart», encargadas de contar el número de vibraciones acústicas que nos acusara la trepidación molecular de masas diferentes, nos hallaríamos en posesión del diagnóstico cierto de los quistes hidatídicos con temblor.

Si nos hemos decidido á publicar esta nota, es para que no se dé por solucionado el asunto referente á la génesis del temblor hidatídico, y vayamos aportando todos nuestro grano de arena para su pronta solución.

## ESTADO CIENTÍFICO ACTUAL DE LA CUESTIÓN DE INMUNIDAD EN LA TUBERCULOSIS, CON APLICACIÓN Á LA HIGIENE Y TERAPÉUTICA DE ESTE PADECIMIENTO

POR EL DR. MANUEL MARTÍN SALAZAR

**Jefe de la Sección de Sueroterapia en el Instituto de Higiene Militar y en el Laboratorio Municipal de Higiene de Madrid.**

No pudiendo reproducir en su totalidad el notable trabajo del Dr. Martín Salazar por falta de espacio en este número, no queremos privar á nuestros lectores de las conclusiones que el autor consigna en el mismo:

«1.ª Sin negar que el sistema de defensa puesto en práctica hoy día contra la tuberculosis en el mundo aminore algo la enormidad del mal, mirado en su conjunto, ni dudar tampoco en la posibilidad remota de que se descubra con el tiempo un medicamento bactericida que, como la quinina en el paludismo ó el mercurio en la sífilis, sea capaz de destruir el bacilo de Koch en la intimidad de los tejidos sin lesión formal del organismo, yo profeso la opinión de que el problema individual y social de la tuberculosis, de su profilaxis y de su cura está esencialmente encerrado, hoy por hoy, en el propósito de hacer al individuo inmune por medio de un mitridatismo preventivo, y de curar la enfermedad por procedimientos de inmunización activa y pasiva.

2.ª Las causas principales que se oponen á la inmunidad experimental en los animales y á la inmunización preventiva y curativa del hombre dependen: de la estructura anatómica especial del bacilo de Koch, singularmente de la cubierta grasosa que le envuelve; de las defensas que éste crea en la lucha, de la toxicidad de los venenos que desarrolla y del carácter localicista y crónico de la infección tuberculosa.

3.ª La tendencia científica actual es la de considerar la acción de las aglutininas tuberculosas y demás anticuerpos específicos defensivos, como funciones químicas dependientes de las reacciones mutuas de las substancias coloideas.

4.ª Las dificultades del fenómeno de aglutinación en la tuberculosis y su escaso valor clínico aplicado al suerodiagnóstico, estriban, por parte del germen, en la naturaleza química de la membrana de cubierta, que no es coloide, que no es coagulable; y de parte del organismo, en la escasa cantidad de aglutininas que éste engendra en su lucha reaccional con el microbio.

5.ª La reacción de las precipitinas va sustituyendo poco á poco

á la de las aglutininas en el suerodiagnóstico de la tuberculosis, y los nuevos estudios de Bonome permiten extender sus aplicaciones á lo siguiente: al diagnóstico de la infección tuberculosa en general, á la diferenciación de la tuberculosis de origen humano y bovino, al reconocimiento diferencial de distintas razas de bacilo de Koch y á la demostración de infecciones mixtas.

6.ª Respecto á las opsoninas y á la investigación del índice opsónico en los tuberculosos, según el método de Wright, como guía del tratamiento por las tuberculinas, sin negar que pueda prestar alguna vez en la clínica excelentes servicios, son tantas las contingencias que hacen variar el resultado de la investigación, que no se puede menos de mirar con desconfianza su resultado definitivo.

7.ª Fundándome en la mayor sencillez de la reacción de las precipitinas, he ideado un plan de investigaciones experimentales y clínicas, dirigido á fijar el indice precipitínico de los tuberculosos, como Wright fija el índice opsónico de sus enfermos, en la seguridad de que, si los hechos responden á la concepción teórica que tengo de ello, se ha de obtener un medio más fácil y expedito que el de las opsoninas para apreciar el grado de reacción defensiva de los tuberculosos en el curso del tratamiento por las tuberculinas.

8.ª El bacilo de Koch, en el interior de los organismos infectados, crea en su defensa, alrededor de su membrana celular exterior, unas substancias especiales que se oponen á la fagocitosis, y que en general se llaman *antifaginas,* y en esto estriba seguramente una de las mayores dificultades con que tropieza la naturaleza para alcanzar la curación espontánea y la ciencia la cura artificial de este padecimiento. Y si esto fuera cierto, ¿no sería interesante aislar esas antifaginas y, por inmunización activa ó pasiva del hombre y los animales, obtener *contra-antifaginas* capaces de atacar y destruir este primer blindaje de las bacterias en el interior de los tejidos, sin lo cual es imposible que obren eficazmente los fagocitos y demás anticuerpos encargados de realizar la curación de la enfermedad?

9.ª Aunque han fracasado hasta ahora por completo todos los intentos de inmunización artificial para conseguir la preservación y cura de la tuberculosis, yo soy de los que creen que hay que mantener la fe viva en el porvenir, ya que el estado actual de nuestros conocimientos sobre la naturaleza de las infecciones no nos permite seguir otro camino.

10.ª Admitiendo que el tratamiento específico por las tuberculinas es muy lógico y racional, yo sostengo que su acción debe ser muy limitada; porque el proceso de inmunidad por las tuberculinas está muy lejos de ser igual al de la tuberculosis en toda su integri-

dad, y porque, á todo conceder, la tuberculinoterapia no será capaz de combatir más que un aspecto parcial de la intoxicación. Así y todo, es, hoy por hoy, el único medio específico que poseemos, y está llamada, utilizándola en los comienzos del mal, y con ayuda de la vida al aire libre y en plena naturaleza, á prestar excelentes servicios en la práctica, mejorando, y no sé si curando efectivamente, á muchos enfermos.

11.ª En cuanto á la tuberculina como medio de diagnóstico, el método antiguo de la inyección subcutánea de Koch está totalmente desechado; y los modernos de la oftalmo-reacción de Calmette, de la dermo-reacción de Pirquet, de la cuti-reacción de Lignieres, etc., se hallan todavía en plena discusión y con vistas al olvido.

12.ª La anafilaxia es debida á la acción de una substancia tóxica creada por el organismo en el trabajo de inmunización y en calidad de un epifenómeno que acompaña al total proceso de protección definitiva del individuo; y los clínicos que se dedican al tratamiento de los tuberculosos por la tuberculina deben conocer y seguir este asunto en sus menores progresos, no sólo para juzgar bien del significado y valor de las reacciones de los enfermos, sino además para aprovechar los medios antianafiláxicos que se vayan poco á poco descubriendo, siempre que no se opongan á la obra inmunizadora que con la medicación se persigue.

13.ª La sueroterapia antituberculosa está desacreditada.

14.ª El método de Bier aplicado al tratamiento de las tuberculosis quirúrgicas es racional y puede dar algunos resultados.»

# REVISTA DE ESPECIALIDADES

POR EL PROFESORADO DEL INSTITUTO RUBIO

## Anestesia.

**Un medio simple de prevenir los vómitos después de la anestesia etérea.** (*La Semaine Médicale*, Juillet 1908.)

El Dr. Ritter produce la hiperhemia cerebral, después de la anestesia, por medio de una venda elástica suficientemente apretada alrededor del cuello.

El citado profesor atribuye los vómitos á la acción irritante del veneno etéreo sobre el encéfalo, y, por consiguiente, la hiperhemia artificial que hará la eliminación más viva, produciendo en la substancia cerebral mayor resistencia á su acción.

En 62 casos que lo ha ensayado los resultados han sido siempre satisfactorios.

---

**El peligro de vida en las cloroformizaciones.** (*Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*. Julio de 1908.)

En la Sociedad de Medicina legal de Roma (sesión de 25 de Febrero de 1908), el Dr. Biamonti dice que el peligro de vida es un juicio de probabilidad que el médico debe emitir cuando su ciencia le demuestre que, en un caso dado, hay más probabilidades de muerte que de vida. Dado este concepto, cae el aserto de que haya peligro de vida en toda cloroformización, si bien algunas veces ésta, porque sobrevengan circunstancias especiales, procede poner realmente al individuo en peligro. En este caso se podrá imputar esta agravante al agente si la cloroformización no fué practicada con todos los dictámenes de la ciencia.

---

**Envenenamiento tardío por el cloroformo.** (*Lancet*, Abril de 1908, M. W. Hunter.)

Los accidentes tardíos del cloroformo, lejos de ser raros, son frecuentes y á menudo desconocidos.

De los ensayos de M. L. G. Guthrie resulta, que la muerte por

este anestésico tiene lugar entre las diez horas y los seis días. Los vómitos son el síntoma más constante, á los cuales sigue una agitación marcada, delirio, ictericia, y finalmente el coma, en que sucumben.

El hígado es el solo órgano que presenta una alteración constante. Las lesiones hepáticas han sido reproducidas experimentalmente en los animales sometidos tanto al cloroformo como al éter, si bien más ligeras con el último.

---

**Estudio experimental sobre los fenómenos químicos de la narcosis** (M. Kàrl Reicher.)

Desde los trabajos de M. Overton, se sabe que el mecanismo de la narcosis reside, ante todo, en la propiedad que tienen las substancias anestésicas de disolverse en las grasas, y como el tejido nervioso es muy rico en esta substancia, esto explica la mayor cantidad que absorbe y la parte tan principal que desempeña en la narcosis.

---

**Los anestésicos locales.** (Academia de Medicina de París, Julio 1908.)

El Dr. Reclus aconseja observar las siguientes reglas, siempre que se empleen las inyecciones locales:

1.ª Tener acostado al enfermo lo menos dos horas después de la operación. Por no seguir esta práctica, los dentistas han tenido accidentes que han desacreditado la cocaína.

2.ª La inyección debe ser continua, es decir, que cada capa debe insensibilizarse sucesivamente. Conviene no olvidar que la zona de insensibilidad no se extienda á más de un centímetro del sitio de la inyección.

3.ª La dosis máxima no debe exceder de 20 centigramos.

4.ª La cocaína debe emplearse en disoluciones poco concentradas, y la lentitud mayor ó menor de la inyección tiene una importancia considerable desde el punto de vista de la inmunidad.

---

**Anestesia general por medio de una mezcla de éter, aire puro y ácido carbónico.** (Sociedad de Cirugía de París —*Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, Septiembre de 1908.)

El Dr. Ambredanne ha presentado un aparato para la anestesia con el éter, al cual puede mezclarse, á voluntad, aire y ácido carbónico.

De los ensayos practicados en el servicio del Dr. Nelaton por el inventor, resultan 285 casos de buena narcosis; 14 con fenómenos de eterismo, cianosis, estertores, etc., y uno de bronquitis grobe, terminando felizmente por la curación.

El Dr. Nelaton manifiesta que le ha producido buena impresión el empleo de este método de anestesia.

DR. FERMÍN MARTÍNEZ SUÁREZ

## Ano é intestino grueso.

**Nuevo procedimiento de diagnóstico de los trayectos fistulosos.** (*Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, Mayo de 1908.)

El Dr. E. G. Beck, cirujano del Noth Chicago Hospital, ha dado á conocer un nuevo procedimiento de diagnóstico de los trayectos fistulosos.

Consiste en inyectar por el orificio del trayecto, por medio de una jeringa de cristal, con presión moderada y adoptando las precauciones de asepsia necesarias, una mezcla compuesta de una parte de subnitrato de bismuto y dos de vaselina blanca, que se liquida por el calor. Después se practica el examen radiográfico de la región, y de este modo pueden apreciarse detalles de la lesión, imposibles por la exploración con la sonda.

**La constipación en los niños de pecho.** (*Revue Gynécologique, Obstetricale et Pediatrique*, Juin 1908.)

Según el Dr. Saïas, hay dos clases de constipación: las habituales y las excepcionales, cuyas causas, muy útiles de ser conocidas, copiamos á continuación:

1.ª La constipación meconial, debida á la consistencia espesa del meconio, que hace que se adhiera á las paredes intestinales, se deseque y no pueda ser expulsada.

2.ª Las malformaciones del tubo digestivo.

3.ª La de origen medicamentoso, siendo su causa el abuso de los jarabes calmantes.

4.ª La de origen cerebral, frecuente en los hidrocéfalos, los idiotas, etc.; el éxtasis de las materias es debido á la falta de peristaltismo.

5.ª La constipación que acompaña á la ectopia renal, en los dis-

pépticos, pues el hígado aumentado de volumen comprime el riñón derecho, le desplaza y forma un codo en el colon que favorece el acumulo de las materias.

---

**Diagnóstico y tratamiento de las malformaciones anorrectales.**
(*Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, Junio de 1908.)

Dice el notable cirujano A. Broca: Se diagnostican bien una malformación anorrectal, si se examinan después del nacimiento los órganos genitales y el periné, y durante las primeras horas del nacimiento, en ano bien conformado, se debe ver si hay anomalía por encima del ano, porque si pasadas veinticuatro ó treinta y seis horas no hay salida de meconio, es preciso reconocer con una sonda de mujer ó con el dedo las condiciones del recto.

Describe tres variedades de esta anomalía ó malformación anatómica: estrecheces, desembocaduras, anomalías é imperforaciones.

Las estrecheces son de calibre variable: unas, que no alteran en nada las funciones en los primeros años de la vida, en tanto que las materias son blandas; otras, que no dejan más que un orificio grueso como una cabeza de alfiler. Puede ocupar el ano á la unión anorrectal ó más arriba.

Las imperforaciones pueden ser del ano, del recto con ano existente, y en los dos casos hay una ampolla rectal en la pelvis.

Puede abocar el recto en la vulva ó en la vagina en las niñas, y en la vejiga y alguna vez en la uretra en los niños.

El tratamiento será de urgencia en los recién nacidos y tardío en otros casos.

El de urgencia se impone en las imperforaciones, y en las aberturas estrechas, pues si no se da salida al meconio, la muerte es la consecuencia de esta malformación.

Debe proscribirse al practicar este tratamiento la maniobra de la punción perineal con un trócar en el sentido supuesto de la dirección de la ampolla rectal: porque es infiel, pasado por los lados de dicha ampolla; peligroso, porque se puede herir el peritoneo, é insuficiente, porque se determina un ano atrésico.

Después de haberse cerciorado si existe ó no ampolla rectal en la pequeña pelvis (por el examen de los isquiones del periné y por el cateterismo uretral), es preciso ir á buscarla tallando una incisión en el rofe perineal, desde la raíz de las bolsas hasta la punta del coxis, y á veces resecando éste, y con el dedo y con la sonda uretral se puede examinar toda la pequeña pelvis en busca de la ampolla rectal, y si existe un retraimiento en forma de orificio pequeño, la ampolla se encuentra fácilmente, y algunas veces se llega á

ella por la guía de un cordón fibroso que reemplaza al recto parcialmente ausente.

Cuando se encuentra la ampolla rectal, se hace una punción con el bisturí y se tira de ella hasta bajar al periné y suturarla á la piel. La reunión es inmediata, y así se obtiene un ano en retraimiento ulterior cicatricial. La cura consistirá en fomentos de agua boricada cada vez que el niño se ensucie. Los puntos de sutura se quitan del quinto al séptimo día.

Si no se encuentra la ampolla rectal, es preciso hacer el ano contra natura sobre la S iliaca derecha.

Las estrecheces congénitas que causan accidentes más ó menos tardíos, con frecuencia cuando el niño comienza á comer, y á veces más tarde, pueden originarles las atresias de anos perineales.

En casos de estrechez, se puede ensayar la dilatación, la rectotomía posterior; la recidiva es constante. Los resultados son mejores si después de la rectotomía posterior se sutura la mucosa á la piel en el rombo de bordes mucocutáneos formado por la sección anorrectal; pero el método de elección es la sección de la estrechez y la sutura á la piel de la parte del recto situada por encima de él.

Para las desembocaduras anormales, el primer tiempo consistirá en crear en el periné un orificio donde había de existir el ano normal. Hecho esto, se procura secundariamente el obliterar el orificio anormal por el avivamiento y la sutura; este segundo tiempo casi siempre es fácil, porque, una vez creado el ano perineal, son insignificantes los inconvenientes de la desembocadura anormal.

---

**Etiología y tratamiento del pruritus ani.** *(Revista de Especialidades,* Julio de 1908.)

El Dr. Brav, en un notable artículo que publica en el *New York Medical Journal,* dice que, como el prurito es un síntoma de muchas enfermedades, la esencial es tratar médica ó quirúrgicamente la que la haya producido; la constipación, por el régimen, la cáscara sagrada ó el aceite; la retención fecal, por la extracción manual, si no bastan los enemas y el aceite; la falta de limpieza, por el agua y el ácido bórico; los oxiuros, por los enemas salados ó de quassia y la santonina; los pediculi, por el ungüento mercurial ó el ácido acético; el tricophiton, por el azufre ó el yodo; las hemorroides, fístulas, prolapsos, úlceras, neoplasias, etc., por la intervención quirúrquica, y el eczema crónico, la diátesis gotosa, la infección sifilítica, la diabetes y demás enfermedades causantes del prurito, por los tratamientos respectivos. Pero como en todo caso puede necesitarse el auxilio

de una aplicación local, y en muchos otros el prurito resiste á la destrucción de la causa, conviene conocer un tratamiento especial. La aplicación que él recomienda es la fórmula de Goodell:

Clorol y alcanfor..... aa. 15 gramos.

Mézclese y agréguese:

Ungüento simple y ácido bórico... aa. 15 gramos.

Mézclese y aplíquese con un pincel tres veces al día, después de lavar la parte con agua caliente.

La adición de un gramo de ácido carbólico, ó de mentol, es á veces en extremo beneficiosa.

Cuando hay fisuras de la piel, es útil la solución de nitrato de plata al 5 por 100, ó la de ictiol al 50 por 100, ó bálsamo del Perú.

En casos rebeldes de prurito anal se hace preciso destruir la epidermis con el ácido carbólico puro ó solución saturada de nitrato argéntico, el termocauterio y aun la resección de la piel. Allingham recomienda introducir en el intestino un pedazo de hueso, como de pulgada y media, labrado como el pico de un biberón, con lo cual se obtiene una compresión de los plexos venosos y filamentos nerviosos de la región, y puede llegarse hasta la dilatación del esfínter. La administración de un hipnótico puede hacerse indispensable; pero nunca debe emplarse la morfina ó el opio, que agravan el prurito al día siguiente.

DR. FERMÍN MARTÍNEZ SUÁREZ

## Cirugía del aparato digestivo.

**Tratamiento de la obstrucción maligna del esófago**, por Lawrie Macgavin. (*The Practitioner*, Septiembre 1908.)

En el estado actual de nuestros conocimientos no se puede hablar de curación, pero se puede aliviar mucho á los enfermos. La intervención operatoria no es posible más que cuando el cáncer asienta en la porción cervical, siendo la recidiva inevitable al cabo de algunos meses. La mortalidad post-operatoria es actualmente de 33 por 100.

Sin embargo, si nos encontramos con buenas condiciones operatorias (buen estado general, falta de infartos ganglionares, tumor limitado y accesible), se podrá intervenir, ateniéndose á dos reglas. La boca y los dientes serán escrupulosamente limpiados algunos días antes de la operación. Se hará la gastrostomía, cuando menos una semana antes, para evitar la infección de la herida cervical por

el paso de alimentos durante la convalecencia y poder alimentar más fácilmente al enfermo después de la operación. Al comenzar la operación debe hacerse la traqueotomía, taponando luego el orificio superior de la laringe, á fin de prevenir la entrada de sangre, si el tumor ocupa la parte superior del esófago.

La segunda forma de intervención es la esofagostomía sin resección.

Cuando esta operación es rechazada por el enfermo, quedan dos alternativas: la intubación permanente ó la gastrostomía. La primera es el método de elección en casi todos los casos de cáncer del esófago; para ello se emplean tubos de goma como las sondas, y de cuatro á seis pulgadas de longitud, con aberturas laterales y terminal. Los tubos se fijan por dos hilos de seda para poder retirarlos, alrededor de la oreja. Se introducen con ayuda de un mandril que les consienta franquear la estrechez, que luego mantienen ellos permeable. Consienten la alimentación necesaria, y con frecuencia los enfermos ganan rápidamente de peso.

Este método no conviene, sin embargo, á todos los casos, sino en particular á los que la estrechez ocupa la parte superior del esófago. Pero por aumento progresivo de la estrechez llega también el momento en que es imposible la introducción del tubo, siendo entonces necesario recurrir á la gastrostomía. Para que esto sea realmente útil al enfermo, es necesario que no sea hecha demasiado tarde, porque entonces no haría más que agravar su situación. Lo mejor es intervenir cuando el enfermo comienza á perder de peso. En los primeros días que siguen á la gastrostomía, la alimentación es difícil por la falta de insalivación alimenticia, dificultad de movimientos gástricos, etc. La introducción de la sonda gástrica exige también cuidados bastante minuciosos.

---

**¿Cuándo y cómo es necesario operar la úlcera del estómago?**, por O. Dauwe. *(Gazette des Hôp*, Junio 1908.)

Este estudio, de resultados terapéuticos, está basado sobre varias estadísticas quirúrgicas de clínicas de Viena (Mosetig, von Eixelsberg Büdinger) y comparación con los resultados de tratamiento médico. Siendo el fin de este trabajo contribuir á esclarecer este asunto.

En cuanto á la *úlcera aguda,* ya está juzgado, pues en los diversos Congresos se ha acabado por reconocer que la operación produce 75 por 100 de mortalidad y no da más que desilusiones. Una úlcera que haya producido gastrorragia abundante, puede no ser más que

una erosión mínima inapreciable de la mucosa (úlcera en arañazo de Dieulafoy). Los cirujanos reconocen, de otra parte, que la mortalidad de las hemorragias gástricas tratadas médicamente no pasa del 10 por 100. Se debe, pues, abstenerse de operar, generalmente.

En la *úlcera crónica,* aun rebelde, la intervención está sólo indicada en los casos en que se observa: aumento de los dolores, á pesar del tratamiento; persistencia de las hematemesis con anemia consecutiva, gastrosucorrea tenaz.

Mas inmediata es todavía la indicación que se basa en las complicaciones cicatriciales, como son la estenosis pilórica y el estómago bilocular, del cual se ha mostrado recientemente la real frecuencia en los ulcerosos crónicos.

La perforación de la úlcera exige la sutura combinada con la gastroenterostomía, que es la operación de elección, ya sea anterior (Hartmann), ya retrocólica. Si se trata de un píloro indurado y sospechoso, se hará la resección.

En la úlcera callosa se encontrarán con frecuencia perigastritis adhesiva por la tendencia invasora de la ulceración, y se recurrirá, como medio mejor, á la exclusión del píloro (V. Eiselsberg) combinado con la gastroenterostomía.

En todos los casos en que es necesario el reposo gástrico completo, la yeyunostomía parece haber dado el mayor número de curaciones en casos muy serios.

No se deben operar los afectos nerviosos ni histéricos.

En resumen: en la úlcera crónica en los casos indicados y tratados por las operaciones mencionadas, con excepción de las perforaciones por úlcera, se obtienen 78,5 por 100 de curaciones durables, cifra muy superior á la de 44,5 por 100 de las estadísticas médicas.

Es necesario saber, en fin, que la úlcera florida, ó «úlcera abierta», puede recidivar poco tiempo después á pesar del tratamiento y cualquiera que haya sido la intervención.

Por el contrario, todos los casos favorables han sido vueltos á ver de uno á cinco años después, y la curación durable, comprobada por el autor, en 68,9 por 100 de los casos.

Entre los casos excepcionales puede citarse el de Eiselsberg, que sufrió: en 1901, la excisión de la úlcera; en 1902, la gastrolisis; en 1904, la gastroenterostomía posterior, y en 1906, á consecuencia de la reaparición de los dolores, la yeyunostomía, ó sea cuatro operaciones en cinco años. El resultado lejano de la última no es aún conocido; pero en vista de su superioridad en ciertos casos, cabe esperar mucho de ella, puesto que un sujeto de la misma clínica que sufrió la gastroenterostomía retrocólica posterior sin mejoría, fué curado más tarde por la yeyunostomía.

**Apendicestomía, indicaciones y resultados,** por Bernard Dawson.
(*The Hospital*, 12 Septiembre 1908.)

El objeto de la operación es crear una comunicación con el ciego, por la cual se puedan hacer irrigaciones y desembarazar el intestino de las materias que en él permanecen.

Consiste en hacer una incisión en la pared abdominal como para la apendicestomía, y fijar la extremidad del apéndice á un ángulo de la herida, dejándole salir tanto como es posible algunos milímetros fuera de la piel. Se le secciona entonces y se introduce en su cavidad una sonda de cautchuc número 7 ú 8. La mucosa del apéndice se sutura á la piel.

Las indicaciones de la operación son:

1.° Para practicar irrigaciones y obrar sobre el colon, en las diversas formas de colitis; pudiendo así introducir 3 ó 4 litros de agua esterilizada ó medicamentosa, que el enfermo devuelve después automáticamente por el ano.

2.° En la constipación prolongada y rebelde, inyectando ya algunas onzas de aceite de ricino, ya agua adicionada de 8 gramos de sulfato de magnesia; comparada á las operaciones mucho más graves, como la ileo-sigmoidestomía y la colectomía, esta operación ofrece ventajas manifiestas.

3.° Para desaguar el ciego y combatir la distensión abdominal; se dilata entonces el orificio fijado del apéndice hasta donde se pueda, y se introduce por él una sonda rectal, con la que es posible expulsar el contenido intestinal, detenido por una estrechez intestinal situada por encima del ciego.

4.° Con el fin de asegurar la alimentación en los casos en que la gastroenterostomía no es posible y cuando es necesario el reposo gástrico.

5.° Para practicar irrigaciones y obrar sobre la parte inferior del íleon, en caso de ulceraciones intestinales.

Dawson ha recogido 20 casos de esta operación; de ellos 10 en la colitis ulcerosa, 6 en colitis crónica simple, 1 en constipación prolongada y 3 en otras afecciones abdominales. Los resultados de la operación han sido buenos en todos los casos, consiguiéndose 9 curaciones en la colitis ulcerosa y 3 inmediatas en la simple.

Dr. R. L. y Yagüe

## Ginecología.

**Tratamiento de las metrorragias por las inyecciones de suero animal,** por el Dr. G. Lapeyre. (*La Gynécologie*, Septiembre 1908.)

En vista de los buenos resultados obtenidos en las hemofilias con el suero animal, el Dr. Lapeyre tuvo la idea de emplear el mismo remedio contra las metrorragias; y en los cinco casos sometidos á este tratamiento, el éxito completo en cuatro y el alivio en uno han venido á demostrar su eficacia.

Una de las enfermas padecía un carcinoma nodular del cuello uterino, causa de una hemorragia abundante, que después de ocho días no disminuía, á pesar de las inyecciones de ergotina, la solución de cloruro de calcio al interior y las irrigaciones vaginales calientes. Entonces practicó el Dr. Lapeyre una inyección de 10 centímetros cúbicos de suero antí-estreptocócico, viendo desaparecer el flujo treinta y seis horas después, y levantándose la enferma á los tres días.

Otra enferma, de cincuenta años, padecía metrorragias, que duraban de ocho á quince días y se presentaban cada cinco ó seis semanas, sin que se notara nada anormal en sus órganos genitales.

Al noveno día de una de estas hemorragias fué llamado el doctor Lapeyre y practicó una inyección de 20 c. c. de suero de Roux, viendo desaparecer el flujo al cabo de dos días.

Una tercera enferma, de cuarenta y cinco años, sufría menorragias copiosas, que duraban de ocho á doce días, y eran debidas á un enorme fibroma intersticial. En una de estas hemorragias, que ya duraba veinte días, y dudando el profesor citado si sería preferible practicar la operación de urgencia, ensayó antes el tratamiento indicado, haciendo una inyección de 20 c. c. de suero de Roux. A las treinta y seis horas el flujo había disminuído; entonces repitió la inyección con 10 c. c., y bastó para que la hemorragia cesara completamente del tercero al cuarto día de la primera inyección.

La cuarta enferma, de cincuenta y cuatro años, portadora de un grueso fibroma uterino, también sufría todos los meses abundantes pérdidas de sangre, que duraban diez días, por lo menos, y le habían ocasionado una anemia extraordinaria. Empleada el quinto día de una de estas hemorragias la inyección de 10 c. c. de suero anti-estreptocócico, desapareció el flujo á las treinta y seis horas.

En la quinta enferma, de cuarenta y nueve años, que tenía gran cantidad de pequeños fibromas en la cavidad uterina, las inyecciones de suero detenían la hemorragia por algunos días, aunque no

completamente, permitiendo practicar después la operación radical.

De este estudio parece deducirse que las inyecciones de suero animal son útiles en las metrorragias de la menopausia y en las debidas al cáncer inoperable, sobre todo, ya que en las que acompañan á los fibromas y á los cánceres operables no se puedan considerar más que como un medio paliativo. Y en defecto de un suero animal sin toxinas, pueden emplearse el de Roux ó el anti-estreptocócico indistintamente.

---

**Trasplantación de ovarios**, por Franklin H. Martin. *(Surgery, Gynæcology and Obstetrics*, Julio 1908.)

Refiere el autor tres casos de hétero-trasplantación y cinco de homo-trasplantación de ovarios. En los tres primeros se separó una porción de ovarios sanos, que, después de sumergida en solución salina normal, fué suturada al ligamento ancho de enfermas á quienes se habían extirpado dichos órganos, de uno á dos años antes. En dos de estos casos fué bien manifiesta la influencia sobre la función menstrual. Las reglas aparecieron cada treinta días en cantidad abundante, y además se observó, en uno de los casos, la desaparición de los trastornos nerviosos que acompañaban á la menopausia prematura. Martín piensa que los resultados serán mejores si la trasplantación se hace pronto, es decir, inmediatamente después de la doble ovariectomía.

En los casos de homo-trasplantación estaban tan enfermos los anexos de las enfermas, que fueron completamente extirpados, y se hizo un injerto en los ligamentos anchos de una delgada porción del tejido ovárico normal extirpado de las paredes de un quiste.

Cuatro enfermas, de estas cinco, continuaron teniendo su menstruación regular y normal. En tres se pudo demostrar, por examen practicado después, que ciertos órganos no habían sufrido la atrofia que tan frecuentemente se observa después de la castración con cesación de las reglas.

---

**Eclampsia y su tratamiento quirúrgico**, por Pfannenstiel. *(Münchener med. Wochuschr*, W. 86, 1908.)

El profesor Pfannenstiel ha presentado recientemente á la Sociedad Médica de Kiel tres casos de eclampsia: uno de ataque inminente, tres semanas antes del término del embarazo; otro de eclampsia grave durante el parto, en cuya enferma se practicó con éxito la operación cesárea abdominal, después del primer acceso convulsi-

vo; y el tercero de eclampsia durante el puerperio, tratado por la decapsulación de ambos riñones, y también curado. En relación con estos casos, el autor analizó los principios que informan el tratamiento de la eclampsia. Concede gran importancia á las medidas profilácticas y á la eliminación de las toxinas por los distintos emunctorios. La evacuación rápida del útero es un medio lógico; se ha recomendado siempre, y ha mejorado indudablemente el pronóstico de la eclampsia, pero no es una panacea.

El valor de la colpo-histerotomía, ó cesárea vaginal de Dürhssen, se está aún apreciando en los momentos actuales.

No es posible sacar consecuencias fundamentales para que sirvan de base en el tratamiento de la eclampsia, ateniéndose á las estadísticas de las diferentes clínicas; pues en todas se registran casos leves y casos graves, y en todos han dado buenos resultados los tratamientos más diversos.

En el segundo caso referido por Pfannenstiel, la indicación de evacuar rápidamente el útero era absoluta, pues todos los esfuerzos para eliminar el veneno durante los últimos días del embarazo resultaron inútiles, y el estado de la paciente después del primer ataque convulsivo era alarmante. Estaba indicada para provocar el parto la sección cesárea abdominal y no la colpo-histerotomía, porque era muy difícil el acceso al cuello uterino por el extraordinario edema de la vulva. El resultado, por lo que respecta al feto, fué bueno; la madre, en cambio, tuvo después otros 22 ataques y estuvo durante veinticuatro horas en coma profundo, pero se repuso rápidamente al terminar éste.

La decapsulación renal en la eclampsia puede compararse, desde el punto de vista de su valor terapéutico, á la colpo-histerotomía de Dürhssen. Los argumentos científicos para la operación son aún deficientes; es preciso no olvidar que la lesión renal constituye sólo uno, aunque muy importante, de los varios fenómenos en el aspecto general de la enfermedad, y que difícilmente puede ser aceptado como la causa esencial. No obstante, convendrá recurrir á esta operación en los casos muy graves, especialmente en el coma profundo con mal pulso, como también si hay anuria ó solamente oliguria con gran cantidad de albúmina. Los resultados obtenidos hasta la fecha (17 casos publicados y dos de Pfannenstiel) acusan una mortalidad de 37 por 100, no excesiva si se tiene en cuenta que los casos operados eran muy graves. Pfannenstiel ha practicado la decapsulación en dos enfermas, de las cuales una falleció; en la otra, caso de eclampsia puerperal, que comenzó veintiséis horas después del parto, no había tensión de la cápsula del riñón; pero en cambio, existía oliguria y, á pesar de la operación, la diuresis no mejoró hasta al-

gún tiempo después, permaneciendo la enferma en coma profundo durante siete horas y repitiéndose varias veces el ataque. La operada se repuso, sin embargo.

---

**Algunas palabras sobre la teoría de Bossi, acerca de la osteomalacia,** por Arcangeli. (*Archivio italiano di Ginecologia*, núm. 9, Septiembre 1908.)

En la Sociedad Lancisiana de los hospitales de Roma presentó el Dr. Arcangeli una comunicación, en la cual, después de hacer la crítica de la teoría de Bossi, que supone á la osteomalacia como dependiente de una alteración de las cápsulas suprarrenales, lo que le indujo á aconsejar el empleo de la adrenalina contra dicha enfermedad, se muestra partidario de la teoría infecciosa, ya defendida por Fiocca y Signorelli, aduciendo en confirmación los experimentos de Pecaud.

Este autor aisló un diplococo de la medula ósea, del hígado y de los pulmones de caballos y mulas osteomalácicos, logrando reproducir la enfermedad en otros animales con inyecciones de sangre de los enfermos; y en los conejillos, inoculándoles material recogido de la medula, de la sangre y de los pulmones de osteomalácicos. Schmorl ha reproducido el raquitismo en los topos blancos muy jóvenes, con inyecciones de emulsión de medula espinal de un hombre, muerto de osteomalacia. Aparte las investigaciones de Morpurgo y de Satta, el Dr. Arcangeli ha observado el aumento del índice opsónico de la sangre de las osteomalácicas por el diplococo, en relación á las personas sanas. Cita varias epidemias de osteomalacia en los conventos y colegios, y concluye su comunicación afirmando que la teoría infectiva tiene á su favor un gran número de hechos experimentales y clínicos, lo que no ocurre con la teoría de Bossi, pues la cura por la adrenalina, sobre no hallar fundamento suficiente en las observaciones clínicas, puede ser peligrosa.

Por ahora, la narcosis clorofórmica, el fósforo, las sales de cal son los medios de que puede esperarse mejores resultados, hasta que nuevas tentativas, basadas en la naturaleza del agente etiológico, permitan alcanzar una terapéutica eficaz y racional, como han conducido á una eficaz profilaxia.

DR. GUTIÉRREZ

## Huesos y articulaciones.

**El genu-valgum de los adolescentes,** por James T. Watkins.

Expone la técnica del enderezamiento epifisiolítico, que vió practicar al Dr. Panseri, de Milán. Después repitió en Viena cuatro veces la operación en el cadáver, y en todas observó que se obtenía completamente la separación de las epífisis; el periostio apareció desprendido de uno á dos centímetros por encima y por debajo de la línea de separación, pero no dislacerado. En otro experimento, en el cual la rodilla sobresalía tal vez demasiado del ósteoclasto, se dislaceró el periostio y hubo fractura supra-condílea.

---

**Parálisis infantil,** por James T. Watkins.

Su criterio lo resume en las siguientes conclusiones:

1.ª La hipercorrección de la deformidad y su mantenimiento durante cierto tiempo.

2.ª La sustitución de los músculos paralizados, hasta donde sea posible, con músculos anatómica y funcionalmente análogos.

3.ª Atender á cada uno de los cuatro movimientos esenciales con músculos ó con fascículos musculares funcionalmente autónomos.

4.ª Acelerar la regeneración ó el restablecimiento de las funciones en los músculos muy distendidos, acortando sus tendones.

5.ª Proteger la articulación operada con un aparato adecuado, y no permitir sino gradualmente su libre uso.

Insiste sobre la importancia de una cura y una vigilancia post-operatoria diligente y prolongada.

*(The American Journal of Orthopedic Surgery.)*

---

**Amputaciones congénitas. Surcos congénitos. Pies bots,** por Basetta.

El autor condensa su trabajo en las siguientes conclusiones:

1.ª El caso que hemos examinado presenta deformidades múltiples en los miembros superiores é inferiores, cuya etiología varía con el sitio de la deformidad.

2.ª La amputación del índice derecho, los surcos congénitos del pulgar y del medio del mismo lado, el surco congénito de la pierna izquierda, son el resultado de bridas amnióticas que estrangulaban los dedos y la pierna en una época en la cual el desarrollo morfológico era completo.

3.ª El pie bot varus equino bilateral, la suspensión del desarrollo de los dedos segundo y quinto del pie izquierdo y del quinto del derecho, son el resultado del desarrollo en un útero muy estrecho ó de adherencias amnióticas, localizadas sobre todo en el capuchón caudal. Estas lesiones han inmovilizado los pies en una actitud viciosa, impidiendo á los dedos alcanzar su desarrollo normal.

4.ª Por consiguiente, en los dos casos la etiología de estas deformidades es mecánica y exógena, es decir, que es función de la acción de agentes externos al organismo embrionario ó fetal.

---

**Los movimientos de gimnástica libre como auxiliares importantes en el tratamiento masoterápico de ciertas afecciones quirúrgicas de los miembros,** por la doctora Mme. Kritchevsky.

Los movimientos libres, asociados al masaje, en el tratamiento de ciertas afecciones de los órganos de la locomoción, nos permiten fijar sólidamente el diagnóstico, abreviar la duración del tratamiento y hacer recuperar al enfermo simultáneamente la integridad y la coordinación de todos sus movimientos. Esta es la síntesis del artículo de la doctora Kritchevsky.

---

**Luxación paralítica de la cadera, consecutiva á la parálisis infantil,** por el Dr. P. Grisel.

El estudio de los desplazamientos paralíticos de la cadera puede condensarse en las siguientes conclusiones:

La parálisis infantil, aun siendo ligera, parcial, del miembro inferior, va acompañada de relajación de la cápsula y de los músculos pericapsulares de la cadera. Esta relajación capsular permite:

1.° Una subluxación intracotiloidea ilíaca pasajera, por rotación interna y adducción pasivas y forzadas, del muslo. (Verneuil, 1866.)

2.° Una subluxación intracotiloidea pubiana permanente, por inmovilización del muslo en flexión, abducción y rotación externa, debidos á la retracción muscular fibrosa. Es la luxación infrapubiana de Karewski.

3.° Una verdadera luxación ilíaca, frecuentemente reductible espontáneamente, cuando el miembro utilizado para la estática ó la dinámica soporta el peso del cuerpo en una posición de adducción.

---

**Deformidad curiosa del miembro superior izquierdo,**
por el Dr. Kirmisson.

Los tres elementos que constituyen esta deformidad son: 1.°, la ectrodactilia, es decir, la ausencia de las columnas óseas correspondientes á los dos dedos medios de la mano; 2.°, la falta de extremidad inferior en el cúbito; 3.°, la ausencia de articulación en el codo. La columna embrionaria no se ha segmentado en el punto que debe constituirse normalmente la interlínea articular; es por lo tanto una deformidad precoz, correspondiente al período embrionario.

---

**Lesiones de los huesos consecutivas á la inmovilidad prolongada,**
por el Dr. Le Fort.

El autor, tomando como punto de partida la terapéutica de los tumores blancos del miembro inferior y de la luxación congénita de la cadera, afecciones que reclaman con gran frecuencia la aplicación de la inmovilidad prolongada, con escayola, establece las conclusiones prácticas siguientes:

1.ª La inmovilidad con la escayola tiene inconvenientes que deben restringir su empleo cuando no sea indispensable. Sin embargo, aun prolongándola, puede emplearse sin temor de accidentes irreparables.

2.ª En la luxación congénita de la cadera, los accidentes debidos á la inmovilidad prolongada constituyen un argumento más en favor de los métodos que reducen al mínimo la duración de la aplicación de los aparatos, después de la reducción incruenta.

En muchos casos, la supresión de la fijación en segunda y tercera posiciones es posible; la inmovilidad durante dos meses, ó menos aún, en flexión, abducción y rotación ligera (variable según los individuos), resulta con frecuencia muy suficiente para sostener la reducción y no produce, por parte de los huesos ó de las partes blandas (músculos, etc.), ninguna lesión duradera.

3.ª En el tratamiento de la coxalgia, la sustitución del aparato escayolado por la extensión continua, cuando es posible, como suele suceder, y aun el empleo alternando del vendaje de escayola y la extensión continua tienen ventajas reales; pero nunca el temor de atrofias por inmovilidad debe hacer perder de vista el interés primordial del enfermo, que es, ante todo, la completa curación de la afección que padezca.

---

**La hipertrofia muscular de la lengua**, por A. Bassetta.

Resumen:

1. Existe una macroglosia de origen muscular.

2. El diagnóstico clínico de esta macroglosis no puede hacerse con verosimilitud más que cuando la lesión coincide con una hipertrofia generalizada.

3. El diagnóstico histológico es delicado: no debe hacerse solamente por eliminación, debe apoyarse en el examen de las fibras musculares del órgano.

4. Es imposible el afirmar si las fibras musculares están alargadas é hiperplasiadas.

5. La comprobación de las fibras musculares de talle variable, pero notablemente superior á la normal (hipertrofia volumétrica), permite el diagnóstico de la macroglosia muscular.

6. Al lado de fibras de estructura normal existen fiebras que están más ó menos alteradas, que se caracterizan con gran frecuencia por su aspecto homogéneo.

7. Las otras lesiones descritas en la macroglosia muscular (lesiones de la mucosa de los vasos, etc.) son sumamente variables y, por lo mismo, no tienen nada de característico.

DR. PALACIOS Y OLMEDO

(*Revue d'Orthopédie*).

## Medicina interna.

**Sobre las diversas localizaciones del soplo en la insuficiencia orgánica de la válvula mitral**, por Goggia. (*Gazetta degli Ospedali*, 5 Julio 1908.)

El punto donde se oye con mayor intensidad el soplo sistólico de la insuficiencia mitral no coincide invariablemente con la punta del corazón, sino con el punto de prolongación de la resultante obtenida, componiendo geométricamente las corrientes intraventriculares de reflujo contra la pared torácica. Así, se deduce lógicamente:

1.° El soplo sistólico de la punta indica una lesión endocárdica que interesa por igual las dos partes valvulares de la mitral.

2.° El soplo más ó menos hacia adentro y arriba del choque de la punta indica una lesión que interesa especialmente la válvula posterior.

3.° El soplo intenso, sobre todo en la región interescapular izquierda, indica una lesión de la válvula anterior.

Ahora... sólo falta saber si el examen anatomo-patológico confirma estas ingeniosidades del Sr. Goggia.

**De la acción inmunizante de la toxina tífica obtenida por la lecitina,** por Basenge. (*Deutsche Méd. Wachenschrift*, 16 Julio 1908.)

Agitando bacilos tíficos con una emulsión de lecitina al 1 por 100, todos los elementos del contenido celular de los bacilos, membranas celulares, se disuelven perfectamente, y la disolución de un alto valor en toxina adquiere tan considerable poder inmunizante, que permite, suprimiendo la fase negativa, inmunizar en veinticuatro horas á pequeños animales que resisten desde este momento dosis mortales. Es probable que la toxina tífica así obtenida pueda ejercer sobre el hombre un gran poder inmunizante, resultando un precioso tratamiento de la fiebre tifoidea. Por agitación con el cloroformo y filtración por la bujía de Pukall, se puede desembarazar la toxina de la lecitina.

---

**Tratamiento de la diabetes,** por Dieulafoy (*Journal de Médecine de Paris.* 2 Mai 1908.)

El profesor Dieulafoy resume así el tratamiento de la diabetes:

1.° *Régimen alimenticio.*—Abstención de todo manjar azucarado. Alimentarse con huevos, pescados sin salsas, carnes asadas, legumbres herbáceas, pan de gluten ó corteza de pan bien cocida. De vez en cuando algunas legumbres harinosas (patatas, guisantes). Las bebidas permitidas son: la leche, el café, y el té, endulzados con sacarosa, la cerveza, el vino mezclado con un agua alcalina. Los vinos dulces están prohibidos.

2.° *Higiene.*—Baños, fricciones cutáneas, duchas, masaje, ejercicios moderados, gimnástica. Evitar los sudores profusos y la fatiga.

3.° *Medicamentos.*—Tomar durante una semana en cada comida un sello de:

| | |
|---|---|
| Antipirina. . . . . | 30 centigramos. |
| Bicarbonato de sosa.. . . . . | 20 » |

La semana siguiente se administra:

| | |
|---|---|
| Arseniato de sosa. . . . . | 3 á 4 centigramos. |
| Agua destilada. . . . . | 80 gramos. |

Para tomar una cucharada de café antes de cada comida. El tratamiento con estas dos fórmulas, alternadas, se continúa durante muchos meses.

---

**La lecitina en la diabetes,** por Erben. (*Prager Med. Wochenrift*, 2 Oktober 1908.)

La cantidad de lecitina en la diabetes está, según el autor, considerablemente disminuída en los glóbulos rojos, mientras permanece normal en el plasma. Por consiguiente, el organismo de los dia-

béticos es incapaz de utilizar la grasa fosforada para la formación de los eritrocitos.

Existe, pues, un verdadero defecto de constitución en los elementos sanguíneos, y el autor se pregunta, si de esta anomalía no participarán también las demás células del organismo. Así podría explicarse los favorables efectos de la lecitina en el tratamiento de la diabetes, preconizada en Francia por Lanceraux, el cual ha notado el aumento del peso y la mejoría en el estado general de los enfermos tratados por aquel producto.

Erben estima, sin embargo, que las dosis de lecitino recomendadas por Lanceraux son insuficientes, por lo que prescribe de 0,40 á 0,50 centigramos de medicamento diarios y por la vía subcutánea.

---

**Tratamiento de las arritmias**, por Huchard y Flessniger. (*Journal des Praticiens*, 19 Septiembre 1908.)

*Arritmias funcionales.*—Cuando la excitación parte del sistema nervioso, ésta puede ser accidental, como la provocada por penas, disgustos; ó tóxica, como la originada por el café, el alcohol, el tabaco. El reposo, el cambio de medio, las duchas tibias y la supresión del tóxico constituye la medicación. A veces, las intermitencias observadas por el enfermo llegan á producir en éste un estado de obsesión cardíaca que debe hacer prudente la administración del cloroformo.

Si la digital provoca intermitencias, es preciso administrarla á dosis pequeñas y espaciadas, como por ejemplo, cinco gotas de la solución al 1 por 1.000, durante diez ó quince días; interrumpir la medicación diez días, y vuelta á empezar. Las arritmias funcionales más frecuentes son las debidas á los trastornos digestivos. El medicamento más indicado en estos casos es el subnitrato de bismuto, tomado en ayunas á la dosis de 15 á 20 gramos (?) en un vaso de agua caliente. Se recomiendan asimismo sellos que contengan partes iguales de hidrato de magnesia, creta preparada y bicarbonato de sosa. Sólo se permitirá un vaso de agua en cada comida. Una hora más tarde es recomendable una infusión caliente de manzanilla, tila, anís.

*Arritmias orgánicas.*—En los casos agudos se prescribirá la vejiga de hielo en la región precordial, las inyecciones de aceite alcanforado, de espartina (0,05) con sulfato de estricnina (0,001). La digital no se administrará más que á dosis muy pequeñas (1 por 10 de miligramo de digitalina cristalizada). En los casos crónicos se darán cinco gotas de la solución de digitalina al milésimo, como se ha explicado antes, y se reducirá la cantidad de líquidos.

Si se trata de cardiopatías arteriales, el tratamiento digitálico, junto con el régimen lacto-vegetariano y la teobronima, no harán desaparecer la arritmia, pero combatirán la disnea que frecuentemente acompaña á aquellos estados. En la arritmia, debida á una miocarditis crónica, se ordenará el extracto de estrofantus (0,001 á 0,002), la teobromina y el régimen lacto-vegetariano. En los casos de estenosis mitral, se combatirá la arritmia por la digitalina y la teobromina alternando con la trinitina (4 á 8 gotas de la solución al centésimo). Las arritmias de la insuficiencia aórtica reclaman, para combatir el estado nervioso concomitante, las inyecciones de glicerofosfato de sosa, la lecitina y las preparaciones de valeriana.

---

**Algunas formas de arritmia cardíaca en sus relaciones con la teoría miocardíaca,** por W. J. Fenton. *(British Médical Journal,* Septiembre 26, 1908.)

El autor defiende la teoría muscular de la acción cardíaca, según la que el origen del estímulo para la contracción del corazón reside en el propio tejido muscular del órgano y no, como se había creído hasta ahora, en el sistema nervioso. Los atributos fundamentales del músculo cardíaco consisten en la formación de ese estímulo y en la conducción de la irritabilidad y contractilidad. Estas propiedades del músculo guardan íntima relación y son, sin embargo, susceptibles de cierta independencia, dentro de ciertos límites.

La cooperación de dichas facultades produce el movimiento rítmico del corazón; pero la adaptación á las varias necesidades del organismo es producto del sistema nervioso, actuando en uno ú otro sentido. Algunas porciones del músculo cardíaco son susceptibles de poseer aquellas propiedades en un grado diferente. La forma más sencilla de arritmia es la producida por una contracción extrasistólica. La llamada enfermedad de Stokes-Adams resulta de un defecto en la conductibilidad, y depende, cuando el síndrome es completo, de la combinación del retardo de la pulsación con ataques paroxísticos de bradicardia y de una enfermedad de las arterias cerebrales. El mejor ejemplo de falta en la contractilidad es el conocido con el nombre de pulso alternado.

Cuando la contractilidad se debilita, los latidos cardíacos se hacen mucho más vivos que en estado normal, de modo que la duración de la pausa que sigue á la pequeña contracción es más larga que la que sucede á la fuerte. Pero una pausa larga puede ser seguida de una contracción fuerte; y, al contrario, una contracción fuerte continuarse con una pulsación pequeña ó débil. Así, pues, cuando la contractilidad se debilita, y la duración de una pausa es

prolongada por cualquier motivo, mientras el ritmo permanece invariable, el pulso alternado será la resultante de estas alteraciones en la contractilidad.

A. Mut

## Medicina legal.

**La eyaculación en la muerte por colgamiento,** por Angelo de Dominicis. *(Giornale Internazionale delle Scienze Mediche.* Año XXX. 1908.)

La secreción prostática, que contiene gran cantidad de esperma, suministra con el ácido pícrico los cristales de Barberio (1). Distintos observadores (nosotros entre ellos) han obtenido resultados negativos con el líquido contenido en las vesículas seminales; tampoco ha sido obtenida la reacción en la ordinaria emisión *post-mortem* del esperma. Fundado en todo esto, De Dominicis viene sosteniendo en varias publicaciones, y nosotros hemos aceptado sus opiniones, que una abundante reacción de Barberio obtenida con el contenido uretral puede tener gran valor para argumentar una muerte después del coito, y que se puede también, por la reacción de Barberio, decidir la tan debatida cuestión relativa á la posibilidad de la eyaculación en la muerte por suspensión.

Hoy se considera resuelta esta cuestión en sentido negativo; sin embargo, la simple erección no puede negarse (casos citados por Ebertz, Verse, Feld, Hackel, Huppert, Baslini y Caprara); las observaciones de Zacchia, Pareo, Morgagni, Guyon y Devergie no pudieron resistir á las críticas de Orfila, Olivier d'Angers, Casper y Tardieu.

Por el contrario, como hemos dicho, la eyaculación es hoy excluída por todos, no habiendo prevalecido la opinión de Devergie, que la consideraba como un carácter de colgamiento en vida.

Baslini, discípulo de Filomusi-Guelfi, y que ya había publicado un caso de erección en la muerte por colgamiento, comunica á su maestro una nueva observación: el cadáver fué reconocido á la hora y media, próximamente, de acaecida la muerte, y el examen del pene no reveló una erección completa, pero sí cierta rigidez, abundante cantidad de esperma sobre el meato urinario y sobre el prepucio. También manchas de esperma en la camisa. El profesor De Dominicis realizó en el Instituto Médico-legal de Pavía el estudio microscópico y microquímico de éstas. La reacción de Florence, posi-

(1) Sobre la prueba microquímica de Barberio publicamos nosotros un extenso trabajo en la *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, año XXXI, números 965, 966, 967, 968, 969 y 970. Madrid, Febrero-Marzo de 1907.

tiva de un modo típico. El reconocimiento de los zoopermos practicado con el método de Filomusi-Guelfi (1) y con el reactivo cuproamoniacal (2) resultó positivo. Lo mismo la prueba microquímica de Barberio.

Ahora bien: como esta prueba no se obtiene con el contenido de las vesículas seminales, que por relajación de éstas ó precoz rigidez cadavérica origina la emisión post-mortal de esperma, y en cambio se obtiene dicha reacción de Barberio con el esperma que contiene secreción prostática, completo, eyaculado, la prueba sirve para demostrar si hay una verdadera ó falsa eyaculación.

De Dominicis acaba, pues, de demostrar que en la muerte por suspensión puede haber una verdadera eyaculación; acaba de dar una base científica á la antigua opinión de Devergie: la eyaculación del esperma es un dato importante para el diagnóstico del ahorcamiento en vida.

---

**Las modificaciones que deben introducirse en los pasaportes,** por L. Tomellini. (*Archives d'Anthropologie criminelle, de médecine légale,* etc., t. XXIII, número 175, 15 Julio de 1908.)

Á propósito de la identificación de los delincuentes, mucho se ha hecho y mucho se ha escrito; pero, como dice nuestro amigo Tomellini, se ha olvidado demasiado la cuestión de los pasaportes, cuya importancia es casi igual á la de aquélla. Casi todos los pasaportes actualmente en uso contienen enseñanzas tan vagas y poco personales, que pueden fácilmente aplicarse á diferentes individuos, siendo completamente insuficientes para establecer de una manera cierta la identidad de una persona.

En Rusia, donde debe ejercerse tanta vigilancia sobre los anarquistas, y donde, por consiguiente, los pasaportes muy claros y precisos se imponen, éstos son, por el contrario, del todo primitivos y carecen completamente de enseñanzas exactas sobre la identidad que se trata de establecer. Por esto, nada más fácil que dos individuos cambien sus pasaportes y sustituyan así el estado civil del uno por el del otro. Cito con este motivo el *affaire* Calvino: un peligroso anarquista ruso consiguió apropiarse, no se sabe cómo, para actuar en su país, el pasaporte de un profesor italiano llamado Calvino. Hablaba muy bien el italiano; se le creyó fácilmente el verdadero Calvino, y no hubo duda alguna sobre su identidad. Condenado á muer-

---

(1) Hemos dado á conocer este método de Dominicis en la *Gac. Med. del Sur de España*, núm. 591.

(2) Descrito en nuestro artículo citado.

te como portador de máquinas explosivas y jefe de una conspiración, fué solamente en el último momento, gracias á la intervención del Gobierno italiano, cuando se pudo descubrir la verdadera identidad del falso Calvino.

La reforma de los pasaportes se impone; ha llegado el momento de cambiar el viejo sistema y de aplicar los últimos estudios sobre la identificación judicial. Tomellini presenta la reproducción fotográfica de un pasaporte expedido hace algún tiempo en una provincia del Brasil, el Estado de Parana. Difiere completamente de los usuales. Contiene dos fotografías, perfil y cara, en la reducción de un séptimo (sistema Bertillon), y el señalamiento del individuo en cuatro casillas diferentes:

I. Marcas visibles de la cabeza y manos. — II. Impresión del del pulgar derecho.—III. Coloración de la piel, cabellos, barba, etc. IV. Mensuraciones antropométricas (sistema Bertillon). Talla, longitud y anchura de la cabeza, zigomas, longitud de la oreja derecha, del dedo medio y del auricular de la mano izquierda; codo.

El pasaporte brasileño es excelente, pero se le podría agregar—en opinión de Tomellini,—para que fuera perfecto el retrato hablado del individuo, cuyos grandes servicios han reconocido todos, y que jamás será suplantado.

Los adversarios del sistema Bertillon harán notar que este pasaporte no puede aplicarse á las mujeres y á los niños, que exige instrumentos complicados, agentes hábiles, etc.; las mismas objeciones, en fin, que han sido hechas al sistema antropométrico (1). «Pero todas estas críticas no pueden demoler el método.»

Cuando en la práctica no sea posible la ejecución de un pasaporte tan perfecto como el descrito, Tomellini propone el siguiente, también muy útil:

I. Marcas visibles de la cabeza y manos.—II. Coloración de los cabellos, barba, etc.—III. Retrato hablado.—IV. Impresiones de los dos dedos pulgares.

«Dos impresiones digitales bastan; las impresiones, aunque precisas para identificar al individuo, no son suficientes como método de clasificación.» (Tomellini.)

ANTONIO LECHA-MARZO

Interno, por oposición, de la Facultad de Valladolid.

---

(1) Véanse los trabajos de Eug. Stockis: «L'Identification Judiciaire et le Signalement International.» (*Revue de Droit Pénal et de Criminologie*, números 1 y 2. 1908.)—La fiche belge d'identité judiciaire. Ce qu'elle doit être. (*Annales de la Société de Médecine légale de Belgique*, 1908, fasc. 3.)—La dactyloscopie et l'identification judiciaire. (*Annales Soc. Méd. lég. de Belgique*, 1908, fasc. 2.)

## Neurología y Electroterapia.

**La reacción pupilar al dolor como signo diferencial entre la sensibilidad á la presión de origen orgánico y la de origen psíquico,** por el Dr. Max. Löwy. (*Archives d'Électricité Médicale*, núm. 209. De la *Sem. Méd.*)

La presión ejercida sobre las partes que son asiento de un proceso morboso de naturaleza orgánica, se acompaña de una reacción pupilar que se desarrolla, según el autor, de la manera siguiente: la pupila, fuertemente contraída con anterioridad por la presencia de un foco luminoso intenso (lámpara de incandescencia), se la ve dilatarse claramente, á veces en proporciones considerables, bajo la influencia del dolor provocado por la presión de la parte enferma; pero esta dilatación no tiene lugar cuando se trata de un padecimiento de naturaleza puramente funcional.

Mr. Löwy ha tenido también ocasión de comprobar que una presión enérgica del testículo en el hombre sano provoca asimismo una dilatación notable de la pupila, y que este fenómeno no se verifica en los casos de tabes. Falta comprobar si ocurre lo propio en aquellos individuos que en su estado normal presentan el mismo fenómeno pupilar por la provocación de un ligero dolor (pinchazo con un alfiler) en cualquier parte de su cuerpo, lo que es de observación algo frecuente.

El fenómeno, en todas sus variedades, necesita indudablemente ser comprobado en grande escala; y no obstante reconocerlo así, se cree autorizado el autor para establecer desde luego la conclusión de que el dolor provocado por la presión de la parte enferma determina siempre la dilatación de la pupila previamente estrechada por la acción de una luz intensa en los casos de lesión orgánica, mientras que en los de origen psíquico no se verifica la dilatación.

Mr. Löwy estima que el conocimiento de este signo diferencial es susceptible de prestar excelentes servicios, permitiéndonos descubrir la naturaleza histérica de ciertos estados morbosos que se presentan con apariencias de afecciones orgánicas (por ejemplo, la apendicitis).

En los casos de neurosis traumáticas se podrá igualmente, basándose sobre el signo en cuestión, determinar si la sensibilidad á la presión de la parte que recibió el trauma, depende aún de éste ó es debido, por el contrario, al estado psíquico especial del paciente.

**La incontinencia nocturna y su tratamiento por la faradización del esfínter vesical,** por el Dr. Perrin. (*Archives d'Électricité Médicale*, núm. 25. Del *Bull. Méd.*)

La incontinencia nocturna esencial no depende, según el autor, de la debilidad orgánica del esfínter. Si así fuera, esta debilidad se manifestaría igualmente en la vigilia.

La incontinencia nocturna es debida, de diez veces nueve, á un sueño demasiado profundo que, eliminando la acción de los centros cerebrales que presiden las funciones de la vejiga, transforma la micción en un simple reflejo medular. Este reflejo se halla favorecido á veces por la intoxicación por el ácido carbónico, debida á una respiración insuficiente; vegetaciones adenoides, pólipos nasales, bocio, etc.

En la patogenia de esta afección no influye para nada el sexo, dice Perrin. (Nosotros hemos observado una mayor frecuencia en los varones hasta la edad de diez años.)

Tampoco la pubertad influye esencialmente sobre la incontinencia nocturna.

Se ha concedido una importancia, que en realidad no tiene, á la falta de desarrollo de la próstata, pues se ve que la incontinencia puede persistir varios años después del desarrollo de la pubertad en los varones, y la frecuencia casi igual con que se presenta en las niñas.

El frío sí favorece las micciones nocturnas involuntarias. El calor tiene una acción contraria independientemente del hecho de que el sudor determina una gran eliminación de líquidos por la piel.

Hallándose el enfermo, durante la micción involuntaria, completamente inconciente, resulta del todo inútil las tentativas de educación, sugestión y aun castigos que se suelen poner en juego. Las medicaciones internas, cuya ineficacia se ha demostrado repetidas veces, consisten generalmente en excitantes ó en calmantes: los primeros ejercen una acción estimulante, despertando, digámoslo así, la actividad de las células cerebrales, y los segundos obran aumentando la tolerancia de la vejiga y moderando los reflejos espinales.

En presencia de un caso de incontinencia, el médico debe informarse ante todo del modo de dormir del enfermito, y una vez comprobada la anormalidad de aquél, investigar cuidadosamente las causas, pues muchas veces tendrá que intervenir el laringólogo antes de instituir un tratamiento directo de la incontinencia.

En la mayor parte de los casos se hará necesario un tratamiento local de la afección, pues los enfermos han perdido el hábito de servirse de sus centros moderadores reflejos. Por consecuencia, el niño

no experimenta, sino de una manera obtusa, la sensación de plenitud de la vejiga. Es preciso, pues, restablecer la relación normal entre el centro cerebral y el órgano; familiarizar de nuevo al enfermito con la sensación del deseo de orinar durante el sueño, como en la vigilia. Este objeto puede conseguirse fácilmente por el masaje tonificador del esfínter vesical, que se obtiene con la aplicación de la corriente farádica á interrupciones lentas.

Para que la corriente obre sobre toda la longitud de la uretra posterior del cuello al esfínter externo, Mr. Perrin ha hecho construir un aparato especial sumamente sencillo. Consiste en una bujía de goma, que lleva en su interior un conductor metálico aislado por todas partes, excepto en una longitud de 5 centímetros, á una distancia de 2 centímetros de su punta. Esta bujía, cuyas dimensiones varían, según las proporciones de la uretra, en cada caso particular, y que se coloca como una sonda metálica ordinaria, recibe uno de los hilos conductores de un aparato de inducción; el polo indiferente se coloca sobre el vientre ó sobre la porción lumbar del raquis.

Para tonificar el esfínter vesical, es necesario que este músculo reciba una impulsión, á la cual pueda él responder en seguida, es decir, que la fibra muscular tenga tiempo de entrar en contracción y de rebajarse después en cada una de las interrupciones de la corriente farádica. Esto no es lo que sucede cuando se utiliza una bovina Ruhmkorff de interruptor ordinario, en cuyo caso las interrupciones son demasiado rápidas, y, por consiguiente, es de todo punto indispensable el servirse de un interruptor lento, susceptible de poderse regular á voluntad hasta 40 interrupciones por minuto. Es igualmente importante que el polo se aplique sobre el mismo esfínter, y no en su vecindad, como recomiendan algunos autores.

La duración de las sesiones varía según la susceptibilidad del sujeto. La mejoría se presenta ordinariamente después de cinco ó seis aplicaciones; pero las recaídas son frecuentes, de tal manera, que la curación definitiva no puede asegurarse sino después de unas veinte sesiones.

DR. E. VILCHES

## Urología.

**Importancia de los anaerobios en la infección urinaria,** por el doctor Gaudiani.—(*Annales des maladies des organes genito-urinaires*, núm. 18, 1908.)

1.° Los anaerobios se encuentran constantemente en los flemones y supuraciones urinarias.

2.° La descomposición gangrenosa de los tejidos y el carácter

fétido de estas supuraciones no son provocadas por la infiltración de orina en los tejidos, sino por la presencia de los anaerobios.

3.° Hace ya tiempo que Albarrán ha demostrado que el flemón urinario forma parte de los flemones sépticos.

4.° Como se encuentran constantemente en las supuraciones peri-uretrales y en las infiltraciones urinarias muchas clases de anaerobios, y los microbios descritos son de diversas especies, nosotros debemos admitir que esta lesión no es específica para una especie precisa, sino que está originada por una combinación de muchas especies de microbios, entre los cuales se encuentran con frecuencia los microbios ordinarios de la supuración.

5.° El estudio de los microbios anaerobios en la infección urinaria, especialmente en las supuraciones peri-uretrales, no está todavía acabado, siendo necesario admitir que, á causa de la dificultad de los métodos de cultivo, sólo algunas especies han sido hasta el presente descritas por los autores.

---

**Dosificación de la albúmina.**—*(Tauchiya Zentralbl. f. inn. Medicin 1908, núm. 5 y núm. 24.)*

Consiste esta nueva dosificación en el empleo de un líquido que parece ser no tiene los inconvenientes del reactivo de Esbach (depósito de cierta cantidad de ácido úrico, de picrato de creatinina, etcétera). El método es idéntico al de este autor.

Composición del reactivo:

| | | |
|---|---|---|
| Acido fosfotungstico puro..... | 1 | gramos. |
| Acido clorhidrico concentrado..... | 5 | — |
| Alcohol á 96°..... | 100 | — |

---

**Procedimiento para la investigación de mínimas cantidades de sangre.** *(Il Policlinico,* 23 de Agosto de 1908.)

Delearde y Benoif han operado por el método de Meyer, y dado cuenta á la Sociedad de Biología en París, de sus resultados satisfactorios.

Se prepara una solución de 2 gramos de fenolftaleína y 20 de potasa cánstica en 100 de agua. Se añaden 10 gramos de polvo de zinc y se hace hervir la mezcla hasta decoloración. Se filtra y se conserva el líquido en un frasco cuidadosamente tapado.

Del líquido sospechoso se toman 2 ó 3 c. c., añadiéndole uno del reactivo y dos ó tres gotas de agua oxigenada á 12 volúmenes. Evitando que se eleve la temperatura, si el líquido sospechoso contiene

vestigios de sangre, se colorea inmediatamente de un color rojo vivo más ó menos intenso.

La reacción es tan sensible (soluciones al millonésimo), que aventaja al examen espectroscópico y se efectúa aunque la sangre esté alterada.

---

**Un caso de pneumaturia**, por el Dr. Teuscig. (*Annales des maladies des organes genito-urinaires*, núm. 18, 1908.)

El autor cita una enferma operada de histerectomía total por cáncer uterino, en la cual los sondajes practicados dan lugar á la salida de gases abundantes sin olor.

La orina no contiene azúcar, pero es purulenta, ácida y los cultivos acusan el colibacilo.

En la autopsia de la enferma, muerta á consecuencia de recidiva del cáncer, no se encuentra comunicación con el intestino.

El autor deduce del estudio de este y otros casos las siguientes conclusiones: Que si se prescinde de las fístulas intestinales, la pneumaturia reconoce por causa la fermentación de la orina; esta fermentación puede provenir de la descomposición del azúcar en la diabetes, ó bien de la descomposición de substancias proteicas cuando hay cistitis.

Los agentes de la fermentación más frecuentes son el B. lactis y el B. coli.

JULIO GOZÁLEZ TOMÁS

# TRABAJOS DE LABORATORIO

## Y SUS APLICACIONES CLÍNICAS

**Vacunación anti-pestosa por vía digestiva y por vía rectal,**
**por Giuseppe Fomario.**

Por consejos de M. Calmette, el autor ha experimentado la vacunación contra la peste por vía gástrica y por vía rectal.

Ha podido obtener la vacunación por vía gástrica, sea con el empleo de cultivos virulentos, sea por ingestión repetida de cultivos atenuados por el calor y virulentos alternativamente.

Para las ratas blancas y los conejos, la vacunación por este procedimiento con cultivos virulentos es sin peligros, si se empieza por un cuarto de cultivo de veinticuatro horas en agar (hecho á la temperatura del laboratorio) y si se aumenta gradualmente la dosis ingerida.

Para el conejo, la vacunación es muy fácil de obtener y es persistente; para la rata es mucho más difícil. El procedimiento de vacunación por cultivos virulentos da unos resultados muy medianos, ó muy malos con las cavias; algunas veces la mortalidad ha sido de 90 por 100; es, por término medio, de un 75 por 100. Y, sin embargo, estos animalitos soportan bien una dosis inicial de $^1/_{10}$ de cultivo virulento por vía gástrica. Pero los que sobreviven á este método de vacunación, no resisten siempre á la dosis mortal por vía hipodérmica. Por este procedimiento no se obtiene más de un 5 á 8 por 100 do inmunidad completa.

Con el método de vacunación por cultivos alternativamente atenuados y virulentos, la mortalidad disminuye en las cavias á un 5 ó 10 por 100. Sin embargo, los cultivos calentados á 60° ó 58° durante sesenta minutos, no dan ninguna inmunización, ó ésta es tan ligera que puede considerársela como ineficaz. Pero cuando los cultivos empleades han sido calentados á 53° durante noventa minutos, los resultados obtenidos son satisfactorios por completo. Una primera ingestión de medio cultivo de este modo preparado permite hacer ingerir á los diez días un cuarto de cultivo virulento, y á los quince días se halla que el 50 por 100 de los animales así tratados pueden soportar la prueba de la inoculación subcutánea; seguramente prueba mortal para los animalitos tomados por testigos.

Por este método, la mortalidad de las cavias, anteriormente atacadas en diferentes lotes, es de un 5 á 10 por 100. Reduciendo á un

cuarto de cultivo atenuado la dosis inicial ingerida, la mortalidad fué casi nula.

Por vía rectal se obtiene la vacunación contra la peste más fácilmente con cultivos calentados á 60° durante sesenta minutos. Ninguno de los animales tratados en estas condiciones falleció en el curso de la inmunización.

Inyectando en un principio un cuarto de cultivo, y aumentando progresivamente la dosis hasta un cultivo entero, se encuentra que, después de la cuarta dosis, el 50 por 100 de los animales se han vuelto refractarios á la inoculación de prueba por vía hipodérmica. La vacunación por vía gástrica y por vía rectal con cultivos sensibilizados por el procedimiento de Besredka, ha sido completamente ineficaz.

En todos los animales inmunizados por vía bucal ó rectal se observa la desviación del complemento por la reacción de Bordet-Gengou. Esta reacción aparece ya el segundo día de la absorpción de la primera dosis de un cuarto de cultivo calentado á 53° durante noventa minutos.

En conejos conservados, á los cinco meses de la última ingestión de un cultivo virulento, se comprobaba perfectamente la presencia de anticuerpos pestosos en su suero.

En todos los animales vacunados, el índice opsónico fué más elevado que el de los animales normales.

MARIO SPREÁFICO

(Institut Pasteur, de Lille.)

---

**Estudio del líquido céfalo-raquídeo en un caso mortal de meningitis sifilítica aguda,** por G. E. Schneider y A. E. Spick. *(Comptes Rendus de la Société de Biologie*; núm. 28, 26 Octubre.)

Las manifestaciones meníngeas aparecieron á los diez y siete meses de una sífilis, ya con el estigma de accidentes terciarios.

La punción lumbar se practicó los días primero, tercero y cuarto: esta última tan sólo precedió unas horas á la muerte del enfermo.

He aquí los resultados del estudio del líquido céfalo-raquídeo:

*Primer día.*—Líquido opalescente, alcalino; densidad, 1,0033; muy albuminoso (sobre todo, globulina, poca serina), elementos normales.

| | | |
|---|---|---|
| Polinucleares (sin eosinófilos)..... | 2 | por 100. |
| Grandes mononucleares..... | 10 | » |
| Pequeños mononucleares..... | 88 | » |

*Tercer día.*—Líquido apenas opalescente, alcalino; densidad,

1,0031, muy albuminoso (sobre todo globulina, poca, serina); elementos normales.

| | |
|---|---|
| Polinucleares (sin eosinófilos)..... | 4 por 100. |
| Grandes mononucleares ..... | 46 » |
| Pequeños mononucleares ..... | 50 » |

*Cuarto día.*—Líquido límpido, alcalino; densidad, 1,0030; muy albuminoso (sobre todo, globulina, poca serina, indicios de glucosa); elementos normales.

| | |
|---|---|
| Polinucleares (sin eosinófilos)..... | 10 por 100. |
| Grandes mononucleares ..... | 30 » |
| Pequeños mononucleares..... | 60 » |
| Grandes células de tipo epitelial.... | En cantidad notable. |
| Células de múltiples núcleos..... | » |
| Células de núcleo polilobado ..... | » |

El líquido no era ni virulento ni tóxico. No ha dado ningún cultivo: el treponema no ha sido visto en ninguna de las numerosas preparaciones que se han hecho con los productos de centrifugación.

Creemos deber hacer notar:

1.° La densidad elevada del líquido desde el primero al último día; la presencia de albúmina en cantidad notable: la aparición precoz de la serina y tardía de la glucosa. 2.° La fórmula citológica.

Si la linfocitosis (de pequeños linfocitos) es la característica esencial, según las observaciones de Widal, Widal y Le Sourd, Brissand y Brecy, Galliard y d'Oblsnitz, etc., la proporción de las diversas variedades de leucocitos no es despreciable, y por lo menos nos parece que se impone la necesidad de verificar diversos exámenes en días diferentes para poder afirmar la especificidad de la fórmula.

La abundancia de pequeños mononucleares concuerda con la regla general; pero es también interesante hacer notar que las proporciones recíprocas entre los polinucleares y los dos órdenes de mononucleares oscilan dentro de límites bastante extensos.

Precisa hacer notar, además, la ausencia total de eosinófilos y la aparición, en el último estadio, de elementos celulares de tipos y configuración nuclear diferentes: acaso su aparición sea indicio de pronóstico desfavorable.

G. Gaona

---

**Sensibilizatriz específica en los animales tratados por el «M. melitencis» y en el suero de los enfermos atacados de fiebre del Mediterráneo,** por A. Sicre. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, Julio 1908.)

El autor ha utilizado la reacción de Bordet-Gengóou como medio de averiguar la presencia de anticuerpos específicos en el hombre y los animales que han sido invadidos por el *m. melitencis*.

En el hombre, las investigaciones han recaído sobre suero de enfermos, recogido en el curso de dos años y conservado asépticamente.

Las muestras más viejas habían sufrido, en el momento de las experiencias, una baja muy sensible de su poder aglutinante; las más recientes habían conservado casi íntegramente su poder de aglutinación.

Tres sueros de animales vacunados contra el *m. melitencis* han sido sometidos á las pruebas de la reacción de fijación.

1.° Un suero de asno inmunizado un año antes contra el *m. melitencis* por inoculación de cultivos vivos.

2.° Un suero de conejo inmunizado contra el *m. melitencis*.

3.° Un suero de conejo vacunado contra el *m. melitencis*.

Las pruebas han sido hechas con seis muestras de M. melitencis de orígenes diversos.

Suero antitífico, suero normal de caballo y de conejo, sueros de enfermos atacados de fiebre tifoidea ó de afecciones diversas; bacilos de Eberth y bacilo paratífico A., han sido sometidos á las mismas pruebas como testigos.

El suero del asno y los de los conejos vacunados han sido experimentados con muestras de M. melitencis procedentes de distintas localidades, y en presencia de testigos representados, de una parte, por suero de conejo y de caballo, normales; por bacilo paratífico y bacilo Eberth, por otra. Los resultados siempre han sido negativos con los testigos, y positivos cuando actuaron los cultivos sobre el suero de animales inmunizados.

Los anticuerpos específicos así declarados parecen independientes del poder aglutinante.

La reacción de fijación aparece con la misma claridad sobre un suero fuertemente aglutinante que sobre los sueros cuya aglutinina es débilmente activa.

Con respecto al hombre, los resultados varían según la fecha de obtención del suero y el estado de su conservación.

Los sueros conservados uno ó dos años próximamente habían sufrido un descenso muy sensible del poder aglutinante, sin dejar de dar la reacción de fijación.

En cambio, el suero contaminado por un desarrollo microbiano había perdido su aglutinina, y dió negativa la reacción de fijación.

Para la obtención del suero se ha valido el autor de enfermos que padecían la fiebre de Malta con distinta gravedad y en los distintos períodos de la enfermedad ó en el principio de la convalecencia.

La «etiología mediterránea» ha sido comprobada por el autor, en

todos los casos, por la aglutinación y la observación clínica. El aislamiento del microbio no ha sido hecho en ninguno de los nueve enfermos objeto de estudio.

DR. E. MORENO

---

**La yema de huevo como excelente medio de cultivo de los bacilos diftérico y tuberculoso,** por Lubernau. (*La Presse Médicale*, núm. 64.)

Deseoso de encontrar un medio de cultivo que fuera sencillo y al alcance de todos los médicos, para el diagnóstico rápido de la difteria y la tuberculosis, Lubernau ha continuado los estudios de Capeldi y Nastinkoft, sirviéndose de la yema de huevo, por sus componentes óxido de hierro, sales de potasio y compuestos fosforados, encontrando, después de numerosos ensayos, un caldo de cultivo que da tan buenos resultados como el suero de Loeffler.

Se toma una cantidad de caldo de carne ordinario y se le añade 1 por 100 de azúcar de uva, 2 por 100 de peptona, si se trata de la difteria, ó 3 por 100 de glicerina si de tuberculosis; á estos caldos se les añade 5 ó 6 yemas de huevo por decilitro, y se coloca en los tubos de ensayo, donde se les hace coagular á 90°.

Este medio es favorable al cultivo de los bacilos, los cuales se desarrollan rápida y abundantemente en diez ó doce horas. Los bacilos conservan toda su virulencia, y el caldo es favorable para el desarrollo de las granulaciones metacromáticas cuya presencia caracteriza la difteria.

BLASCO SOTO

# SECCIÓN PROFESIONAL

## COLEGIO DE MÉDICOS DE MADRID

**Intereses profesionales de las clases médicas.**

**Discurso inaugural del curso de 1908-1909, leído por D. Angel Pulido Fernández, Presidente, en el Salón de Actos del Ateneo, en la tarde del 8 de Noviembre de 1908.**

Como acontecimiento memorable ha reseñado, tanto la prensa política como la profesional, el discurso de inauguración del curso presente, leído por el Dr. Pulido en el Ateneo de Madrid, en la fecha consignada.

El interés del asunto, de vital importancia para la clase médica principalmente, y la forma magistral de desarrollarle el Dr. Pulido, merecieron unánimes aplausos de cuantos tuvieron el placer de escuchar la frase sentida y el concepto elevado con que nuestro ilustrado compañero brillantemente defiende en su discurso los intereses profesionales de las clases médicas.

Nosotros, que unimos nuestro aplauso sincero al de los médicos que concurrieron á tan solemne acto, sobre todo, en lo que indiscutiblemente representa un amoroso y ardiente deseo de contribuir á levantar el espíritu de clase, y á mejorar la estimación pública y el bienestar social, nos vemos obligados, á fuer de cronistas imparciales, á ponderar lo bueno que encontramos en la labor del Dr. Pulido, así como á hacer ligeras consideraciones sobre aquellas materias que consideramos pertinentes, con el mejor deseo de contribuir en nuestra modesta esfera al fin, por todos anhelado, de unir en apretado haz á la clase médica para la conquista de una reputación alta y merecida, y una posición económica digna de su laboriosidad y valía.

Comienza el Dr. Pulido en su notable discurso, que hemos leído con sumo detenimiento y complacencia, por excitar el celo de todos los médicos, más atentos á los *extraordinarios progresos de la ciencia* y á los *delicados quehaceres de la práctica* que á sus propios intereses, en favor de éstos, ya que todos, sin *excepción, nos hallamos comprometidos á procurar el decoro de la profesión médica y la suficiencia económica de sus representantes,* con cuyo criterio estamos plenamente conformes.

Añade después, que en su larga práctica profesional *nunca vió en el grado que ahora los médicos tan maltrechos, sus fueros tan desconocidos, sus intereses tan saqueados, su tributación tan one-*

*rosa, su independencia tan sometida á esclavitud, su dignidad á tan rudas pruebas, su ley tan violada, sus autoridades tan escarnecidas, la lucha por la vida llevada á desesperaciones tan frecuentes y solitarias, y el anciano y el impedido, la viuda y el huérfano, que constituyen la más sagrada carga de justicia de la profesión, pordioseando sin hallar socorro, cuándo en público, cuándo en privado, y nunca, en fin, contempló tan codiciosas y organizadas las clases sociales todas en contra de la clase médica, ni tan desunida y débil á ésta ante los despojos y vejaciones de aquéllas.*

Magistralmente describe el Dr. Pulido el estado actual de los médicos, de sus viudas y de sus hijos desamparados; y á nosotros se nos ocurre, en vista de este tristísimo espectáculo, preguntar: ¿Será este uno de los resultados fatales de la creación de los Colegios Médicos y de la reciente ley de provisión de titulares?

En el examen rápido de los males de la clase que hace el Dr. Pulido, señala, entre otros, la *irrupción, siempre creciente, de sociedades mal llamadas benéficas...*

A continuación añade: *Mirad cómo las exigencias sociales y las cortapisas y limitaciones de las leyes van aumentando y van cerrando cada día más y más con nuevos obstáculos el paso á la independencia y al valor de nuestros títulos, al extremo de que hoy no puede el profesor ya moverse en dirección alguna, ni hallar refugio en lugar cualquiera, sin que necesite ir renovando una y otra vez aquellas aptitudes, un día severamente reconocidas y costosamente acreditadas en un diploma, que va perdiendo todo el valor profesional.*

Hace ya treinta años que nosotros concluimos la carrera, y ¡dichosos tiempos y nunca bastante lloradas costumbres, perdidas para nuestra desdicha!, no había entonces Colegios Médicos, ni tampoco los estorbos actuales al libre ejercicio de la profesión médica; con el pago de la contribución industrial en una localidad, podía ejercerse libremente la profesión médica en cualquiera parte del territorio de España donde uno se encontrara accidentalmente, y sin pertenecer de derecho propio ó por oposición á un Cuerpo recientemente creado, podía uno optar á una titular de cualquiera categoría, recién concluída la carrera ó en cualquiera otro período de la vida; pero estos felices tiempos de progreso, como si el progreso fuera viable sin una libertad absoluta, á pesar ó á causa de la creación de los Colegios Médicos, nos encontramos en la triste situación que tan elocuentemente señala el Dr. Pulido, y que realmente sufre la clase médica.

En cuanto á la vida de relación entre la médica y las demás clases sociales, ¿qué ha venido á hacer sino á perturbarla esa inconce-

bible ley de provisión de titulares? Porque, ¿con qué derecho se impone á los pueblos un médico que ellos pagan y que no es el de su agrado? ¿No se ve claramente que de este modo arbitrariamente y sin fundamento moral alguno se ejerce una imposición odiosa de parte de la clase médica, y á la vez se crean trabas y dificultades al libre ejercicio profesional, que redunda en perjuicio y menoscabo del médico, á quien se le hace sufrir una oposición (y ya sabemos todos lo que una oposición representa, compadrazgo—dicho lisa y llanamente),—cuando legalmente y en buena lid ha obtenido un título que há poco le capacitaba para ejercer la Medicina sin limitaciones onerosas y obtener sólo con él las más pingües titulares? Creo, en síntesis, que con Colegios Médicos y ley sobre provisión de titulares, nos ha sucedido á los médicos lo que á las ranas de la fábula pidiendo rey: se nos han concedido para nuestra destrucción y tormento.

*Mirad*—continúa el Dr. Pulido—*ese campo de nuestra práctica, donde todas las intrusiones, desde el médico extranjero hasta la saludadora rural, tienen su asiento... ¡El hambre, sí!—debemos decirlo con toda su fuerza y examinarlo, llevando la mirada á lo más hondo y grave del problema.—Hay muchos, muchísimos compañeros que sufren la miseria negra, porque carecen de pan con que alimentar á sus mujeres y á sus hijos, y hay muchísimos más, no ya centenares, sino miles, que envidian el trabajo y las ganancias á esos operarios y braceros...*

Entre varios ejemplos conmovedores, cita el de un compañero que le pedía angustiosamente alguna colocación, *aunque fuese una titular modestísima, y al cual hube de responder que ya ni este último refugio se halla abierto á las necesidades de cualquier médico, porque no tiene derecho á una titular quien previamente no pertenece al escalafón del Cuerpo correspondiente.* ¿Qué han hecho los Colegios Médicos para destruir este mal que aflige a la clase médica, como el mismo Dr. Pulido reconoce?

El estado actual del profesorado médico de la provincia de Madrid es el siguiente, según los datos consignados por el Dr. Pulido:

Individuos colegiados: en la capital, 852; en la provincia, 145; colegiados cuyo paradero se ignora, 21; residentes en el extranjero y fuera de la provincia, 111. Total, 1.142. Individuos que han sacado patente y no están colegiados, 194. Respecto á éstos dice el doctor Pulido: *Hay todavía un número considerable de 194 compañeros que viven extraños á nuestra existencia corporativa, y por consecuencia, al parecer, indiferentes á nuestras aspiraciones y á nuestros intereses; y esto hay que evitarlo, haciendo cuanto nos sea posible porque toda persona á quien importe, poco ó mucho, la ciencia*

*y la profesión del médico, se asocie á nuestra obra y nos preste su cooperación material y moral.*.

Respecto á la indiferencia por las aspiraciones é intereses profesionales que supone el Dr. Pulido existe en los médicos no colegiados, el que estas líneas escribe, que forma modestamente en el número de los 194 de la cuenta, protesta personalmente y entiende que su protesta podría hacerse extensiva á todos los demás, á pesar de no tener el gusto de conocerlos; lo demostraré con un ejemplo que á la vez forma un contraste digno de consignarse. Al ser despedida recientemente del local donde la Sociedad Médico-Quirúrgica celebraba sus sesiones, y al proponer un digno individuo del Colegio Médico bases para el ofrecimiento del local que éste ocupa, hubo diversidad de criterios, y yo tuve el honor de apoyar la solución de que dicha Academia Médico-Quirúrgica aceptara las proposiciones hechas por el Colegio, atendiendo á la mutua conveniencia. Así se acordó. Pero á los pocos días, al dar cuenta la Comisión designada de sus gestiones, hubo quien, no encontrándolas aceptables, protestó del acuerdo tomado en la Junta anterior, y á pesar de cuanto hicimos los que defendíamos la incorporación del Colegio y de la Academia, nos ganaron la votación; pero lo digno de notarse es que una personalidad distinguida del Colegio, y con cargo importante en él, llevó la voz cantante y fué el alma de los que se oponían á los acuerdos anteriormente tomados. De lo que resulta que un médico colegiado se opuso tenazmente á una de las medidas y soluciones vitales que el Presidente del Colegio considera como base del futuro engrandecimiento de este instituto, y, en cambio, uno no colegiado la defendió con el mayor entusiasmo, aunque con mala fortuna. Este hecho demuestra lo gratuito de la afirmación del Dr. Pulido.

Enumera á continuación el Dr. Pulido las medidas llevadas á cabo durante el breve tiempo que lleva ejerciendo el cargo de Presidente del Colegio; y tan acertada ha sido su gestión administrativa, que ha producido un cambio radical en el estado económico del Colegio: el *déficit* considerable que existía se ha convertido en un halagüeño *superávit*. Además, todas las iniciativas propuestas por él, al hacerse cargo de la Presidencia, han dado el más satisfactorio resultado; lo celebramos cordialmente, y felicitamos tanto al Colegio como á su dignísimo Presidente.

Una de las aspiraciones más vehementes del Dr. Pulido es la de que, con el esfuerzo de los médicos del Colegio de Madrid, se llegue á construir un edificio *ad hoc*, cómodo, holgado, si no suntuoso, decentemente amueblado, y capaz para el desarrollo de la vida científica de todas las Sociedades médicas; en la acertada exposición de los medios conducentes á realizar tan bello ideal, creemos que el

Dr. Pulido procede con tal acierto, que no dudamos llegará á conseguirlo.

Termina el Dr. Pulido su por todos conceptos notabilísimo discurso, con este párrafo elocuente y sentido:

*Por muchísimos años, por siglos, hemos vivido desgranados, como cuentas caídas de un collar roto. Hace dos lustros tenemos ya el vínculo de este Colegio y de una modesta cuota mensual; hagamos por que esta unión produzca un organismo profesional, robusto y brioso, en vez de una masa muerta, de la cual tiran inútilmente, con fatigoso esfuerzo, unos cuantos compañeros. La división destruye las montañas, y la acción conjunta del polipero levanta islas y bancos que surcan los mares. Un poco de solicitud, pues, en pro de nuestra unión, y haremos obra grande, y por lo buena, digna de general aplauso.*

Faltaríamos á un deber de conciencia profesional si, ante las excitaciones á la unión de la clase médica y á los deseos vehementemente sentidos por el Dr. Pulido de engrandecer, ennoblecer, dignificar y mejorar la condición social de los médicos todos, no respondiéramos nosotros, á quien el Dr. Pulido, con tanto error como injusticia, califica de obstáculo á sus buenos propósitos, haciendo una brevísima exposición de motivos de nuestro *aislamiento*, á la vez que una protesta de nuestros vivísimos anhelos de cooperar á la obra de concordia perseguida por él con tan noble afán.

Al instituirse la colegiación médica, y pretender que fuera forzosa, entendimos algunos médicos que se atentaba á nuestro legítimo derecho, consagrado por las leyes vigentes en el tiempo en que formamos el propósito de seguir una carrera libre.

Después, al establecerse la colegiación no obligatoria, hemos permanecido contemplando lo ineficaz de la gestión y hasta pudiéramos decir lo contraproducente de ella, como lo atestiguan las frases copiadas del discurso del Dr. Pulido, donde noblemente declara que nunca presenció tan lamentable situación como la que ahora atraviesa la clase médica; además, hemos visto con profunda pena que, lejos de invitar, como ahora lo hace elocuentemente el Dr. Pulido, á los médicos no colegiados á una obra de paz, y por tanto de unión y fuerza colectiva, han tratado los médicos colegiados á sangre y fuego á los no colegiados, ¡como si todos no fuéramos hermanos y no estuviéramos necesitados del respeto y amparo mutuo!

En prueba de ello, léanse las siguientes líneas, que copiamos del *Boletín del Colegio de Médicos*, de Reus, del mes de Noviembre de 1908, que acaba de llegar á nuestras manos, y que hace vivo contraste con lo sustentado por el Dr. Pulido en su discurso:

En un artículo profesional titulado «Réplica», y debatiendo con

nuestro colega el *Jurado Médico Farmacéutico*, nuestros muy estimados compañeros y queridos amigos que forman el Colegio de Médicos de Reus, dicen en su Boletín lo siguiente:

«La mejor contestación que podemos darle es copiar unos fragmentos de un artículo titulado «Sobre la Colegiación», publicado por el *Boletín del Colegio de Médicos*, de Guipúzcoa, en 5 de Julio de 1901.

Dice así:

«Cual en ninguna otra nación, en Inglaterra está mandado que los médicos se inscriban en el *Medical Register*, sin cuyo requisito no pueden disfrutar todos los beneficios que á la profesión se le concede, ni estar reconocidos por la ley...

»El médico que no está inscrito en el Registro no puede reclamar sus honorarios ante los tribunales de justicia por los servicios que hubiere prestado á los enfermos. Tampoco puede ingresar en Sanidad Militar ó de la Armada, en los buques mercantes, en los hospitales del Estado, en los civiles, enfermerías, dispensarios, casas de maternidad, cárceles, manicomios, establecimientos industriales, sociedades de viejos, sociedades de amigos, servicios parroquiales, estén ó no dirigidos por la nación, los municipios ó los particulares.

»Tampoco es válido un certificado ni otro documento legal si no está firmado por un médico inscrito...

»Sin embargo, la inscripción en el Registro no es *obligatoria* ni puede imponerse pena al médico que no se incorpora, teniendo derecho á ejercer con su título aprobado en las Universidades, etc., etc.»

Esto es lo que ocurre en Inglaterra, en donde seguramente no debe creerse que el hacer inscribir á los médicos en el *Medical Register* sea detentar y despojarles de sus derechos.»

Ya ve el Dr. Pulido cuál es el ideal de los Colegios de Médicos, de Guipúzcoa y de Reus: acosar por hambre, cerrándoles todas las puertas, á los médicos no colegiados.

¿Cómo deshacer este nudo gordiano que á todos nos oprime, nos aniquila y aun puede decirse nos mancilla?

He aquí la solución que proponemos:

Crear una Asociación, titulada Asociación Médica Española, ó de otro modo cualquiera, que el nombre no hace al caso, destinada á fortalecer los vínculos de unión y desarrollar los intereses científicos y profesionales.

Esta Asociación se regirá por una ley orgánica, que se proclamará en una Asamblea constituyente, la cual se celebrará á la mayor brevedad posible, y por reglamentos especiales que cada distrito ó Asociación regional autonómicamente discutirá y aprobará, pero siempre en armonía con la ley fundamental.

El programa que ha de servir de tema á la convocatoria de esta Asamblea podrá formarse con los siguientes ó parecidos temas:

1.° Imperiosa necesidad, dados los tiempos que corremos, de formar una Asociación fuerte y vigorosa que defienda los intereses morales y materiales de la colectividad y de los individuos que la formen.

2.° Conveniencia de utilizar la fuerza que toda Asociación crea en influir acerca de los Gobiernos en favor de la clase en general, mediante la obtención de leyes generales que redunden en beneficio de todos. (Por ejemplo, conseguir que los médicos sean los encargados del desempeño de las clases de Fisiología en los Institutos y de la asignatura de Higiene que debe crearse en todas las Normales, así como de otras enseñanzas oficiales que puedan establecerse; aumentar la dotación, por general escasa, con que retribuyen el Estado, las Diputaciones y Ayuntamientos los servicios médicos.)

3.° Tratar de derogar aquellas leyes evidentemente lesivas á la clase médica, por crear privilegios, si bien respetando todos los derechos adquiridos. (Por ejemplo, la ley de Provisión de titulares, la de Médicos de baños, que favorece á unos pocos en perjuicio de todos, etc., etc.)

4.° Establecer, por los medios que se juzguen más oportunos, principios morales que regulen el hoy mal llamado compañerismo, puesto que más bien merece el nombre de lucha encarnizada la índole de relaciones que en la actualidad informan desgraciadamente la vida profesional.

5.° Tratar de armonizar, vigorizando el valor moral y científico de la clase médica, las relaciones entre ésta y las demás clases sociales.

6.° A esta Asociación se pertenecerá libremente, sin que á los que á ella no presten su concurso se les trate de molestar en lo más mínimo. El no contar con el concurso de la Asociación será el único dón de que se verán privados.

El exclusivo procedimiento contra un compañero que la Asociación podrá ejercer, será el de expulsión de su seno á aquel que por su conducta no sea merecedor de pertenecer á ella.

En suma: una Asociación libremente formada, por todos ó casi todos los médicos españoles, puesto que á ella pocos ó ninguno se negará á pertenecer; la cual no lesione ningún interés creado, y en cambio esté dispuesta á velar por el bienestar de la comunidad y de los asociados. Una Asociación que en primer término tenga por lema el comportamiento digno en toda clase de relaciones, tanto profesionales como sociales en general, y que en todos sus actos proceda con justicia y moral estrictas; que por sus virtudes, sus méritos y valor

moral creará una fuerza indiscutible en favor de todos y cada uno. es lo que en nuestro sentir procede constituir á la mayor brevedad posible.

No habiendo producido la colegiación los bienes que la clase médica creyó le proporcionaría, á pesar de los buenos propósitos de los colegiados, como lógicamente se deduce del discurso del Dr. Pulido, debe considerarse como fracasada.

Como, por otro lado, el malestar creciente exige imperiosamente que todos los médicos nos apresuremos á ponerle eficaz remedio, y en esto coincidimos completamente con el Dr. Pulido, y con seguridad es el sentir de todos los médicos españoles, esforcémonos en hallar una fórmula que todos aceptemos con entusiasmo, para marchar unidos en apretado haz en la defensa de nuestros intereses, para todos respetables y sacratísimos para los médicos, puesto que en ellos se funda nuestro propio decoro y la salud, prosperidad y ventura de nuestros hijos.

Modestamente hemos esbozado nuestro pensamiento, que indudablemente puede ampliarse y modificarse según lo estimen oportuno nuestros compañeros. Lo acepten ó no, siempre estaremos dispuestos á secundarles en la empresa que ellos acometan, y que seguramente se hallará encaminada á velar por los intereses de la clase á la que nos honramos de pertenecer, y á la que, á pesar de su angustioso presente, auguramos días de prosperidad y ventura, puesto que cual ninguna otra los merece, tanto por su laboriosidad como por lo trascendental de la misión que realiza cumplidamente en toda sociedad culta.

PABLO LOZANO

Noviembre de 1908.

---

El miércoles, 21 del pasado, dió el Dr. Espina en el Ateneo Científico y Literario su anunciada conferencia sobre el «Espíritu y orientación del Congreso antituberculoso de Zaragoza». El eminente Dr. Espina, portaestandarte de la lucha antituberculosa, estuvo inspiradísimo como nunca, siendo su conferencia de las mejores que se le han oído, en opinión de todos los que tuvieron la suerte de escuchar la elocuente palabra del reputado especialista. Reciba el doctor Espina nuestra más sincera felicitación, esperando nuevas ocasiones para aplaudirle.

# SECCIÓN CLÍNICA ORIGINAL

## NOTAS CLÍNICAS

### UN CASO DE EMBARAZO TUBARICO SEGUIDO DE HEMATOCELE POR ROTURA DE LA TROMPA

POR EL DR. SAN ROMÁN

Del Instituto Rubio.

Uno de los problemas más importantes de Ginecología, y de cuyo exacto conocimiento y oportuna terapéutica depende la vida de algunas enfermas, es, sin duda alguna, el asunto origen de este trabajo.

La existencia del embarazo extrauterino no data de ayer; fué sospechado ya nada menos que en el siglo XV. Moriceau lo consideraba como una hernia del útero, y, á partir del descubrimiento notable de Graaf, el desarrollo del feto fuera de la cavidad uterina se hizo comprensible, y fué admitido.

Se precisó todavía llegar hasta el tiempo de Levret para encontrar una definición clara del embarazo ectópico, admitiendo el desarrollo posible en la trompa, el ovario y la cavidad abdominal.

Son bastante más frecuentes de lo que algunos suponen los casos de esta naturaleza, y en clínicas algo numerosas, como la del Instituto Rubio, que dirige el eminente ginecólogo Dr. Gutiérrez, no pasan muchos días sin que se presenten algunos, como sucedió en el mes de Octubre último, en que fueron operadas dos enfermas por esta causa, quedando un tercer caso sometido á observación.

De los dos primeros, el que motiva esta historia es el siguiente:

María García, natural de Casa Tejada (Cáceres), de veintisiete años de edad, de estado casada, constitución robusta, perfectamente reglada desde los catorce años, sin que ella ni sus padres hayan tenido enfermedad alguna que pueda relacionarse con su padecimiento actual; tuvo un parto normal hace nueve años y un aborto hace cinco, no experimentando desde entonces la menor novedad.

Al presentarse, en 8 de Octubre, á nuestro examen, manifestó que

hacía tres meses, estando dedicada á las labores de su casa, notó, sin saber á qué atribuirlo, un ligero dolor en los riñones y bajo vientre, acompañado de un flujo abundante, sanguinolento, por la vagina, rojo unas veces, negruzco otras, con grandes coágulos. Este dolor fué aumentando progresivamente en los días sucesivos, hasta el extremo de no poder tolerar el peso de los ropas de la cama, con vómitos, escalofríos, sudores, extreñimiento y micciones frecuentes.

Habiendo consultado con varios médicos, la hicieron algunas curas bastante dolorosas; y viendo que su dolencia persistía, decidió venir á Madrid.

ESTADO ACTUAL

A nuestra observación se presenta en estado de delgadez muy pronunciada, pálida, con ojos brillantes; pulso frecuente, muy deprimido, y temperatura oscilando entre 39 y 40°, con flujo vaginal sanguinolento oscuro. Por la palpación se notó en la región infraumbilical una tumoración bastante dolorosa, renitente, elástica, redondeada, que ocupaba principalmente la fosa ilíaca derecha, y sobrepasaba tres traveses de dedo de la sínfisis pubiana y de la línea media.

Al tacto se encuentra la excavación rellena por una masa regular, lisa, depresible y haciendo prominencia en el fondo de saco de Douglás. El cuello uterino es difícil de encontrar; descubriéndole, por fin, llevando el dedo muy arriba, inmediatamente detrás de la sínfisis, aplastado contra el pubis, algo reblandecido, y el orificio externo entreabierto, hasta el punto de admitir el pulpejo del índice. Con la exploración bimanual detenida, se circunscribe el cuerpo del útero, que está como encerrado en un marco en medio del tumor, un poco rechazado al lado izquierdo. El tacto rectal es algo difícil, lo que explica el pertinaz extreñimiento que siente la enferma, hasta el punto de serle penoso mover el vientre con purgantes ni lavativas.

En vista de los datos anteriormente expuestos, se diagnosticó de *hematocele supurado*. Para fundamentar éste, voy á hacer algunas indicaciones acerca de la sintomatología y del diagnóstico, no del embarazo tubárico en general, ni de las distintas etapas en que suele presentarse, porque nos llevarían demasiado lejos, y la índole de este trabajo se limita al caso que tengo el honor de presentar.

Durante los tres ó cuatro primeros meses, el diagnóstico del embarazo extrauterino es, si no imposible, extremadamente difícil. Todos los fenómenos simpáticos se desarrollan del mismo modo que cuando el huevo ocupa el interior del útero, la menstruación falta, el útero está reblandecido y aumentado de volumen, higrotrofiado,

y el cuello mismo sufre modificaciones respecto á su consistencia; la vagina adquiere la conocida flacidez y coloración cianótica, presentándose también los vómitos matutinos y los diversos síntomas subjetivos del embarazo.

Nada puede hacer pensar en la posibilidad de un embarazo ectópico más que los síntomas conocidos, que son: el dolor, el desplazamiento del útero, la comprobación de un tumor vecino y, por fin, el derrame sanguíneo. El dolor que se muestra algún tiempo después de la supresión de las reglas localizado en la región hipogástrica, persistiendo con alternativas de aumento y disminución, deberá siempre despertar la atención del tocólogo. Si, con este dolor, el examen local permite comprobar el desplazamiento parcial ó total del útero; si, además, al lado de éste se puede llegar á percibir otro tumor en la excavación; si, por fin, un derrame sanguíneo persistente se presenta, la posibilidad de un embarazo extrauterino aparecerá de una manera más clara todavía; pero es preciso reconocer que estas pruebas, que no conducen más que á una probabilidad ó, mejor todavía, á una presunción, no son tan fáciles de comprobar como se cree.

Jacquemier hizo notar que el quiste extrauterino, todavía poco voluminoso, puede estar situado profundamente en la cavidad abdominal, alejado de la excavación pelviana ó de la pared anterior del abdomen; en ese caso desaparecerá fácilmente á la exploración; además, aun empleando el examen bimanual, es sumamente difícil la comprobación del saco fetal de la trompa, por tener la misma consistencia blanda que las asas intestinales; y sólo cuando las paredes abdominales son delgadas y flácidas, la palpación muy detenida, y se ha llegado á adquirir una gran práctica después de mucho tiempo en una consulta numerosa de Ginecología, es cuando se puede apreciar su existencia. Hay además un signo que podrá ponernos sobre la vía del diagnóstico, aunque á veces pueda hacernos cometer un error; hablamos de la expulsión de una caduca. Este fenómeno ha sido considerado por ciertos autores como excelente signo de embarazo extrauterino; pero para darle su verdadero valor es preciso que el examen histológico demuestre que la membrana expulsada sea una caduca verdadera, y no la mucosa del útero expulsada en el momento de las reglas en el caso de una dismenorrea membranosa.

De esto se desprende que el embarazo tubárico se diagnostica rara vez en los primeros meses, siendo la regla que únicamente sea reconocido cuando dé origen á hemorragias ó se presente el aborto ó rotura del saco, acaeciendo con frecuencia, que las enfermas no se presenten á nuestra observación más que cuando el hematocele está ya formado.

En la enferma de nuestra nota clínica, ni hubo supresión de reglas ni fenómenos subjetivos que hicieran sospechar su gestación, á lo cual fué debido el diagnóstico de hematocele supurado simplemente, si bien hoy está generalmente admitido que la mayor parte de éstos sean originados por embarazos extrauterinos.

### TRATAMIENTO

Como el hematocele hacía gran prominencia en la vagina, se optó por la colpotomía posterior. Colocada la enferma en posición ginecológica, evacuado el recto y la vejiga, y hecha una rigurosa desinfección vulvo-vaginal, se colocaron dos valvas que deprimían las paredes anterior y posterior de la vagina. Se cogió sólidamente el cuello con pinzas Museux, se le hizo descender, dirigiéndolo después hacia arriba y adelante contra el pubis, suprimiendo en seguida la valva anterior.

Puesto así bien tenso el fondo de saco posterior, se procedió á la incisión de la vagina, seccionándola con las tijeras en sentido transversal, un poco más atrás de la inserción del cuello, dirigiendo aquéllas hacia arriba, á fin de no herir el recto.

Repelida la pared vaginal hacia atrás, apareció el saco peritoneal, que se perforó con unas pinzas clamp, cuyas ramas se separaron con fuerza. Abierto así ampliamente el peritoneo, un flujo sanguíneo purulento de un olor fétido se derramó en abundancia. Examinada la cavidad se observó un cuerpo desigual que, reconocido cuidadosamente, delató la presencia de un feto, cuya extracción, después de algunas tentativas, pudo verificarse, siendo su desarrollo de tres á cuatro meses.

Continuando la exploración, se percibió que la placenta, bastante adherente, estaba colocada en la pared postero-superior del saco.

No siendo partidario de su extracción inmediata, por el peligro de hemorragias subsiguientes, ó la exposición á roturas del quiste, que pueden determinar peritonitis gravísimas mucho más temibles en este caso en que el hematocele era supurado, procedí suavemente á un lavado de la citada cavidad con una solución de permanganato y luego la rellené con gasa yodofórmica esterilizada, sin extremar la presión, á fin de no penetrar en el vientre.

### CUIDADOS POST-OPERATORIOS

Como la enferma se deprimía considerablemente, hasta el extremo de ser difícil encontrarle el pulso, se la inyectaron inmediatamente 250 gramos de suero artificial, poniéndola además inyecció-

nes hipodérmicas de cafeína y aceite alcanforado. Se la transportó á su cama, presentándose á las seis horas una hemorragia bastante considerable que hizo necesario un nuevo taponamiento, aplicándole inyecciones hipodérmicas de ergotina y otros 250 gramos de suero artificial. Cohibida aquélla, se continuó la administración del suero, reaccionando la enferma lentamente. A las cuarenta y ocho horas se le hizo la primera cura, tirando de las gasas con sumo cuidado para no provocar hemorragias. A las gasas vinieron adheridas porciones de placenta, viéndose palpablemente cómo se desprende sin necesidad de tracciones peligrosas en el acto operatorio. A los dos días se renovaron aquéllas, continuando el desprendimiento de restos placentarios y saliendo flujo seroso sanguinolento sumamente fétido, que obligó á practicar lavados, á muy débil presión, de la cavidad, con una solución de permanganato, y á dejar colocado un tubo en cruz, de goma, para facilitar el desagüe, y gasa yodofórmica, rellenando la vagina. Hechas estas curas durante unos quince días, hasta que cesaron de salir porciones de placenta y desapareció la fetidez de los flujos, se suprimieron entonces el tubo de goma y los lavados, haciendo únicamente una cura seca con la gasa yodofórmica para agotar un flujo francamente purulento, no abundante.

La enferma se encuentra hoy en un estado satisfactorio; el pulso es regular, tiene buen apetito; el flujo purulento ha ido disminuyendo de día en día y la cavidad queda reducida á un pequeño trayecto fistuloso.

La operada, después de estar sometida unos días á sencillas irrigaciones vaginales antisépticas, ha salido del hospital completamente curada.

---

## SOBRE UN CASO DE PERITONITIS TUBERCULOSA

POR EL DR. ANTONIO PIGA

De Toledo.

Valentina Ruiz es una niña de siete años de edad, natural de Toledo, en donde reside actualmente.

Viven los padres, gozando de excelente salud. La madre ha tenido ocho partos y cuatro abortos.

Los antecedentes morbosos de Valentina son bien insignificantes. Sólo merece consignarse, entre ellos, el haber padecido un sarampión de forma inflamatoria, que evolucionó sin complicaciones, al contar la niña unos tres años, próximamente, de edad. Antes y después nada de particular en este respecto.

En cambio, es interesantísimo anotar el historial patológico de los hermanos de nuestra historiada. En efecto; según referencias maternas, el primero de aquéllos sucumbe *canijo* á los veintidós meses de edad; el segundo muere víctima del sarampión al cumplir los cinco meses; el tercero—una niña—logra salvar los escollos de las fiebres eruptivas, y al llegar á los seis años comienza á padecer *un mal extraño* que, de día en día, le debilita. La criatura pierde apetito y fuerzas. Alguna vez se queja de dolores abdominales. Tiene extreñimiento. Posteriormente aparece una ligera fiebre y el vientre se abulta.

Por indicaciones del médico que la asistía, fué trasladada la enfermita á Madrid, concurriendo á la consulta del Hospital de la Princesa, en donde, reconocida convenientemente, le diagnosticaron una peritonitis tuberculosa.

No contenta la madre con esta opinión, y menos aún con la idea de que su hija sufriese la operación quirúrgica propuesta como tratamiento por el especialista á quien había consultado, la llevó á San Carlos, y allí el profesor que la reconoció hubo de opinar contrariamente á su colega de la Princesa, considerando el caso como una intoxicación producida por haber comido bombones recubiertos de papeles que contenían principios venenosos. Prescribió un purgante y baños templados.

Hízose cuanto ordenara este profesor, sin que, desgraciadamente, se obtuviera el más pequeño alivio. Antes por el contrario, empeoró el estado general; la fiebre se hizo continua, aparecieron úlceras por decúbito, y debilitándose en términos alarmantísimos, sucumbió á los tres meses de su viaje á la corte, siendo útil recordar que en los últimos días, en lugar de extreñimiento, apareció diarrea, y que las deposiciones fueron purulentas. Al arrojar el pus—una vez en gran cantidad—dice la madre «que se escurría el vientre de la niña».

Otro de los hijos ha muerto de meningitis tuberculosa sobrevenida en el curso de la tos ferina.

Y, finalmente, el último de los fallecidos apenas si vivió algunos instantes después del nacimiento.

*
* *

Unos cuatro años tendría Valentina cuando, por el mes de Setiembre de 1905, comenzó á sentir molestias parecidas á las que tan funesto resultado dieron á la hermana de que hemos hecho mención. Abrió la escena la anorexia, y en seguida se injertó una febri-

cula de tipo remitente, vespertina, seguida de sudor. A poco se hizo ya visible la inflamación del vientre.

Los padres de la niña, tristemente aleccionados por dolorosa experiencia, determinaron el trasladarse á Madrid, y en esta ocasión dirigieron sus pasos hacia el Instituto Rubio. No recuerdan el nombre del médico que hizo el reconocimiento, pero sí que les dijo era grave el mal de la enferma, precisando una operación para curarla. No obstante, como aquéllos manifestaran deseos de ensayar un tratamiento farmacológico, pues «les horrorizaba el bisturí», fueron por segunda vez á San Carlos, y á semejanza de lo ocurrido con la niña mayor, también hubo disparidad de opiniones entre el profesor del Instituto y el que hubo de hacerlo en las clínicas de la Facultad. Este último consideró erróneo el diagnóstico de peritonitis tuberculosa, basándose en los resultados de la exploración y en que los padres, como así es en efecto, gozaban de rebosante salud (1). Nuevamente desandó el camino la pequeña con su madre, volviendo al Instituto, en donde se ratificaron en la opinión que tenían; y por vez postrera atravesó los umbrales de la Escuela de Medicina, oyendo repetir que no se debía intervenir quirúrgicamente.

*
* *

Después de esa fecha, la del viaje á Madrid, me hice cargo de la enfermita. Esta se hallaba sumamente desnutrida.

No había apenas fiebre, pero cuando se presentaba iba precedida de escalofríos y seguida de sudores abundantes. Los dolores abdominales, accesionales, se aumentaban á la presión. Nada de vómitos; algo de diarrea.

Absoluta integridad del pulmón; 90 pulsaciones por minuto, salvo los momentos de fiebre. Síntomas de exudado enquistado en el abdomen.

Una vez formado el diagnóstico, en conformidad con el del cirujano que reconoció á Valentina en el Instituto Rubio, y aceptada por la familia la intervención quirúrgica, realicé ésta, procediendo conforme á la práctica recomendada por Steinthal, dejando un drenaje, según aconseja Mikulicz.

Mi operada ha tardado seis ó siete meses en curar del trayecto fistuloso que quedó como consecuencia del acto operatorio. Hoy se encuentra perfectamente bien (á los treinta y tantos meses); come con excelente apetito; juega y corre á su antojo; ha ganado consi-

(1) Me limito á transcribir fielmente el relato de los padres.

derablemente en estatura, presentando el aspecto de una niña bien desarrollada, y sólo la aqueja, no siempre, un poco de diarrea.

Otros tres casos pudiera añadir á este. Mas, sobre que no es ninguna novedad el consignar ejemplos de peritonitis tuberculosa curados por laparotomía, no podría recordar tantos detalles como en el anteriormente expuesto.

---

## TRATAMIENTO DE LOS TUMORES MALIGNOS POR LAS SALES DE RADIO

Por el Dr. Teodoro Gaztelu
Del Instituto Rubio.

El empleo de las sales de radio como medio de tratamiento de los tumores malignos, que es á lo que principalmente se dirige su acción, constituye la radiumterapia, hoy muy en boga, y que con justicia ocupa preferente lugar, no sólo en el tratamiento de las más malignas de las neoplasias recidivantes, sino entre todos los medios físicos.

Antes de entrar en el estudio de las indicaciones y modos de aplicación de los cuerpos radio-activos, haré un pequeño bosquejo histórico de los mismos.

El radio fué descubierto por el matrimonio Curie, en Diciembre de 1898, en el mineral de plata de Joacunsbal, en Bohemia; y aunque este es el cuerpo que más se utiliza en terapéutica, por estar en alto grado dotado de propiedades radio-activas, no quiere decir que sea el único en que se haya demostrado la radio-actividad; y ejemplo de ello lo tenemos en el torio, actinio, polonio, radio-plomo, etc., que también son radio-activos; en alguno de estos cuerpos no se aprecian más que emisiones *a* (polonio); en el radio-plomo solamente las *b;* en el uranio, las *a* y *b;* y en cuanto al actinio, emite las *a*, *b* y *y*, muy fugaces las últimas.

Como estos cuerpos no participan ni de la pluralidad de emisiones, salvo el actinio, ni de la persistencia de las del radio, no se emplean apenas en terapéutica y, por consiguiente, en el tratamiento de los tumores malignos.

La radio-actividad es la propiedad que poseen ciertos cuerpos, tales como los señalados en el párrafo anterior, de emitir espontáneamente, prácticamente é indefinidamente rayos análogos á los de Goldstein, catódicos y Roentgen; así, tenemos los rayos *a*, idénticos á los kanalstraelu ó rayos de Goldstein, representación de los elec-

trones positivos; se desprenden con una velocidad de 30.000 kilómetros por segundo, y se desvían algo, aunque poco, de la dirección vertical; son los más abundantes, constituyendo el noventa y tantos por ciento de la total emisión del cuerpo radio-activo, ó la totalidad si es el polonio. Una lámina de siete milésimas de milímetro de aluminio ó de una décima de milímetro (de espesor) de celuloide detienen estas emisiones, y lo mismo acontece con una capa de aire de nueve centímetros de grosor.

Los rayos ó emisiones *b*, así llamados por Bethesford, son menos abundantes; tienen una velocidad que llega á igualar á la de la luz; parecen idénticos á los rayos catódicos; están formados por electrones negativos, y se desvían y doblan mucho, al contrario de los anteriormente indicados. Para detener estas emisiones, hace falta interponer una lámina de aluminio de un milímetro, ó bien una lámina de plomo de cuatro décimas de milímetro, ó dos metros de aire.

Los rayos *y*, muchísimo menores en número, son de la misma naturaleza que los rayos X; siguen la dirección vertical y ascendente sin desviarse lo más mínimo, y son los más penetrantes, precisándose para detenerlos una lámina de aluminio de diez centímetros de espesor. Además de la propiedad á la que los cuerpos radio-activos deben su nombre, poseen otras calorígenas, fluorescentes, luminosas, etc.; como no son en este caso más que de orden puramente secundario, no insisto en ellos.

Hay que tener también muy en cuenta otra propiedad, común á todos los cuerpos radio-activos, cual es la emanación, especie de fluido ó gas, dotado de una extraordinaria energía de difusión, á la que debe la facilidad que posee de escapar, atravesando las paredes de los recipientes en que se halle contenido el cuerpo radio-activo, por capilares que sean los conductos de salida; hecho que explica el que las aguas minerales, por bien embotelladas que estén, pierdan sus propiedades radio-activas en un 50 por 100 á los cuatro días de su embotellamiento.

Estas emanaciones no se conducen como los rayos Roentgen, puesto que son materia sutilísima, pero materia al fin; son las que radio-activan las sustancias con las que se ponen en contacto, gozando también de poder terapéutico, principalmente modificador, microbicida y analgésico. Los medicamentos sometidos á la acción de dichas emanaciones se denominan radio-activizados; son éstos preparados que duran poco, debido á la pérdida constante de las emanaciones adquiridas, que se desprenden y separan del medicamento en contacto del aire y aun en recipientes bien cerrados, lo que hace que cada día que transcurre disminuya notablemente su activación; de aquí que aunque los preparados de estas drogas se-

fialen el día de preparación, para que transcurridos los que indica la nota que acompaña al producto activado no se emplee, sea conveniente controlarlos antes de proceder á su aplicación.

Interesa conocer lo que á la acción fisiológica de las sales de radio se refiere, porque á éste y otros datos que luego enumeraré ha de subordinarse su empleo como medio terapéutico; y por lo que á esto se refiere, cabe decir que los rayos emitidos por el radio actúan enérgicamente sobre la piel, produciendo un efecto análogo al que resulta del empleo prolongado de los rayos X. A Giesel y Walkoff se deben las primeras investigaciones acerca de esta acción. El primero de los investigadores antes citados sometió su brazo durante varios días á la influencia de las radio-acciones emitidas por el bromuro de bario radífero; la exposición era de dos horas, y ya á partir del primer día pudo apreciarse un ligero enrojecimiento de la piel, que en los sucesivos fué aumentando hasta producir una dermitis, que dió por resultado la caída de las capas más superficiales de la piel, sin mas consecuencias, al cabo de 19 sesiones.

Posteriormente, P. Curie, H. Becquerel y otros reprodujeron el experimento de Giesel en condiciones variables, tanto en lo referente á la duración de las sesiones, como en el número de radio-actividades del cuerpo activo empleado, alcanzando después de 60 sesiones la producción de escaras y mortificaciones intensas de tejido, demostrando los hechos de observación que la evolución de los elementos destruídos estaba en razón directa de la intensidad de los rayos activos, de un lado, y de otro, con el tiempo de exposición. Estos efectos tan enérgicamente destructores no se observan nunca en clínica (yo al menos no los conozco), porque son fácilmente evitables, y además porque basta espaciar ó suspender el tratamiento por muy pocos días, no bien se presentan las nimias alteraciones que caracterizan el comienzo de la radium-dermitis, para que todo vuelva á la normalidad.

El tratamiento de las neoplasias por las sales de radio es evidente que ha de relacionarse y diferir, en cuanto á su grado, según la naturaleza del tumor, su volumen, si está ó no ulcerado, y, por último, teniendo en cuenta la tolerancia individual hacia este medio terapéutico, pues no se hará una aplicación de igual duración, ni producirá los mismos efectos sobre un tumor sarcomatoso que sobre un tumor querático, ni una sesión con cinco miligramos de bromuro de radio puro será en efectos igual que la de otra sal, en la misma cantidad, pero con menor número de radiaciones; y en cuanto á la que se refiere á la tolerancia individual, precisa una atenta observación á fin de evitar lo que pudiéramos llamar pequeñas necrobiosis locales *(Radium dermitis)*, que aunque algunos les concedan poca

importancia, lo prudente es, caso de presentarse fenómenos de piel, espaciar y disminuir la duración de las sesiones.

Según la indicación, á llenar así, se utilizarán las emisiones *a*, *b* ó *y*, pues no emplearemos los rayos Goldstein en tumores de algún tamaño, sabiendo que no producen más que efectos superficiales, y siendo los principales causantes de la radium dermitis, que traen un obstáculo á la aplicación de otros medios físicos y aun de los mismos rayos *b* y gama; así, pues, cuando deseemos obtener efectos sedantes y modificadores intensos de los tejidos patológicos en tumores de algún tamaño, emplearemos los rayos *b* é *y*, sobre todo de intensas actividades, con observación de resultados para proceder en consonancia, caso de presentarse fenómenos de intolerancia.

Para facilitar la aplicación de las sales de radio se han construído aparatos especiales de distintas formas, tamaño y radio-actividades diversas, estando dispuestos para poder utilizar las emisiones ó rayos independientemente los unos de los otros ó todos á la vez; mas lo caro que resulta su adquisición ha hecho que su aceptación sea escasa, máxime si se considera que mediante la interposición entre la sal de radio y la superficie á tratar de los aisladores antes citados, se obtienen los mismos efectos.

Así yo, aunque dispongo de tres aparatos con sales de radio de doscientas mil, quinientas mil y un millón ochocientas mil radio-actividades, este último con bromuro de radio puro, según indicaciones á llenar, así interpongo láminas de aluminio ó de caucho con plomo, de grosor variable, para impedir la llegada de las emisiones *a* ó *b*, ó las dos, y además coloco entre la piel y la lámina metálica un papel delgado á fin de interceptar los rayos secundarios que se observan, sobre todo debajo de la lámina de plomo, y que alteran los tegumentos. Interesa, por lo que antes he indicado, conocer el grado de penetración de los rayos emitidos por el radio, para lo cual hay distintos aparatos, que no he de describir para no hacer demasiado largo este artículo, y además por ser en cierto modo innecesarios, viniendo como viene ya controlado de la fábrica el poder de penetración; y como su desgaste es tan pequeño, como lo comprueba el cálculo de Ramsay, que dice se transforma completamente en Helium (término final de la evolución del radio en mil doscientos años), tiempo que aún le parece corto al Dr. Font, para el cual, de ser cierto lo indicado por Ramsay, ya no debería de haber radio en la tierra; puede prácticamente considerarse como invariable el poder de penetración del tubo ó recipiente con sal de radio que nos dan ya controlado.

Cuando no se pueden emplear, por el sitio de localización de la

neoplasia, excesivo tamaño, etc., las sales radio-activas, se hace uso de los medicamentos radio-activados ó radíferos, empleándose bien en inyección en el interior del tumor, ó espolvoreando la parte afecta. Yo procedo, aumentando ó disminuyendo el número de microgramas, en relación con la superficie, grosor de la neoplasia, tolerancia individual, etc., cuando empleo medicamentos radíferos, y voltios cuando líquidos radioactivados.

Las indicaciones del radium se refieren, en primer término, al tratamiento de los tumores malignos, y en cuanto á sus resultados, no pueden ser más satisfactorios, si hemos de creer á autores como Esuer, Wickhan, Einhorn, Raimond, Darrier y otros, obteniendo, tanto en neoplasias epiteliales como en aquellas otras con predominio de tejido conjuntivo embrionario, efectos analgésicos, hemostáticos, de desintegración celular, y hasta algunos, como Dieffenbach y Licber, han conseguido en tumores sarcomatosos de gran volumen, no solamente la disminución de las hemorragias, sino hasta la transformación fibrosa de las masas tumorales, mediante la introducción, en el tejido propio de los mismos, de líquidos radio-activados. Por lo que á mi experiencia personal se refiere, en los dos años que vengo empleando este medio físico en terapéutica oncológica, he podido apreciar la acción analgesiante y modificadora de tejidos citada anteriormente, aunque sin llegar á obtener los brillantes resultados que Cruer y otros citan con motivo de sarcomas y epiteliomas de estómago, esófago, útero, etc.; pues yo, de los diez y siete enfermos que he tratado por este procedimiento, con neoplasias malignas de localización diversa, variedad distinta, ulcerosos y sin ulcerar, cavitarios y externos, intervenidos antes y reproducidos después, he logrado la curación completa en tres casos de epitelioma, dos de mejilla, sin ulcerarse, que databan de bastantes años atrás, recayendo en individuos de buena constitución; y otro de región frontal, escrecente, curando al cabo de más de cuarenta aplicaciones con bromuro de radio puro de un millón ochocientas mil radio-actividades y quince á cuarenta minutos de duración por sesión; no tengo para qué decir que en ninguno de los casos que cito faltó la comprobación del microscopio, como única garantía del diagnóstico. Igual resultado que en los tres casos anteriores obtuve en un caso de epitelioma del ángulo externo del ojo, y en otro de dorso de mano, también intervenido y recidivado antes de los seis meses, y últimamente, uno de base de lengua ulcerado, cuya ulceración tenía el tamaño de una moneda de diez céntimos, también se modificó por completo; pero como el caso es reciente, no me atrevo á darle por definitivamente curado. En un caso, y en vista de la lentitud de los resultados, combiné el tratamiento con el radioterápico, y de alta frecuencia, con-

siguiendo la curación definitiva después de más de 70 sesiones; se trataba de un voluminoso sarcoma del maxilar superior. Los enfermos restantes siguen todavía en tratamiento, excepto dos de epitelioma de lengua, y velo de paladar propagado á laringe, respectivamente, con infartos múltiples superficiales y profundos, en los cuales, aunque el tratamiento proporcionó al principio una notable mejoría, nada, en definitiva, llegó á conseguirse. Tal es la pequeña estadística que he podido reunir como resultante de la observación y tratamiento de un número escaso en absoluto de enfermos neoplásicos, bastante nutrida si se tiene en cuenta que el tratamiento de las neoplasias malignas por las sales de radio puede decirse que constituye, actualmente, una novedad y esperanza á la vez, de la terapéutica de dichas afecciones; en ella existe algún caso desgraciado, pero del conjunto no puede desprenderse juicio alguno que no entrañe cierta simpatía hacia un medio terapéutico que triunfa allí donde otros muchos fracasaron.

---

## UN NUEVO BISTURÍ LARÍNGEO

Por el Dr. D. Eduardo G. Gereda

**Director de la Clínica oto-rino-laringológica de la Virgen de la Paloma.**

Cuando nos encontramos con algún caso de estenosis cicatricial de laringe, y ésta no es tan considerable que requiera ejecutar la traqueotomía, la mayoría de las veces empleamos, cuando no los tubos de O'Dwyer, el cateterismo dilatador de Schröetter (1).

Este procedimiento del sabio profesor de Viena, encomiado también por el Dr. Labus, de Milán (2), se reduce, como sabéis, á forzar y destruir el tejido cicatricial mediante la introducción gradual en la laringe de una serie de tubos de caucho endurecido de 3 á 20 milímetros.

Existen algunos casos, no muchos, en los cuales se establece una sinequia, un puente membranoso, entre las cuerdas vocales, y en éstos es algo varia la conducta que seguimos los especialistas, teniendo en cuenta, claro está, el espesor del tejido.

Desde la aplicación larga, ciega y brutal de los referidos tubos de Schröetter, que yo he visto emplear con un pobre niño, hasta la tirotomía, completan la escala de nuestra conducta operatoria el galvano-cauterio, preconizado por Elsberg (3) y los bisturís laríngeos.

---

(1) *Beitrage zür Behandlung der Larynx Stenosen.*—Viena, 1876.

(2) *Il cateterismo é la dilatazione meccanica nelle stenosi della laringe.*—Milán, 1876.

(3) *Op. cit.*

Este último procedimiento, el más generalmente usado, es el que creo yo haber modificado con ventaja, gracias á mis pinzas-bisturí, construídas hace ya dos años y no ensayadas hasta ahora, por no haber tenido ocasión de ello, en el enfermo cuya historia relato al final de este artículo.

Las llamo pinzas por la forma que afectan, y bisturí, atendiendo al objeto á que se las destina. Redúcense en esencia, como se verá por los adjuntos grabados, á unas pinzas usuales de pólipos, al extremo de cuyas ramas existen: en una de ellas, un pequeño cuchillito de acero, y en la otra, una funda metálica también, de las mismas dimensiones, de forma tal, que cerrada la pinza evita á la punta y filo del bisturí herir, bien por falta de práctica del operador ó por algún movimiento inesperado del enfermo, tejidos de la faringe ó laringe.

Cuantos bisturís laríngeos existen en el comercio, que son muchos; los ideados por Wistler, Boecker, Fraenkel, Reichert, Tobold y Hering no ofrecen la enorme ventaja que mi hoja cortante consigue con su protector. Todos se reducen á pequeñas lengüetas metidas en un simple mango, y todas, aun cuando de filos más ó menos diversos, entran *desnudas* en la laringe, y algunas veces, sin querer, erosionan algunos puntos del trayecto recorrido.

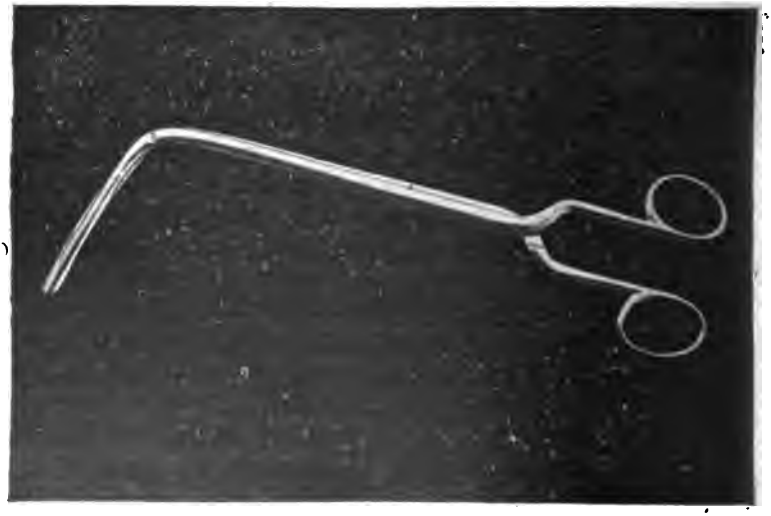


FIG. 1.ª—La pinza-bisturí cerrada.

Mis pinzas no sólo obvian este inconveniente, y en esto se parecen á las lancetas ocultas por resorte (v. gr., la de Morell-Mackenzie),

sino que una vez que ya se han introducido cerradas, como es lógico, entre las cuerdas vocales, el solo movimiento de abrirse es más que suficiente para vencer las adherencias débiles. En las más fuertes, la ligereza de mi bisturí da al operador más seguridad que la que se puede obtener con las láminas movibles y ocultas de las lancetas protegidas, y por la solidez de las ramas prestan mucho más servicio, como todos los restantes instrumentos laríngeos, hasta para realizar los desbridamientos más delicados.

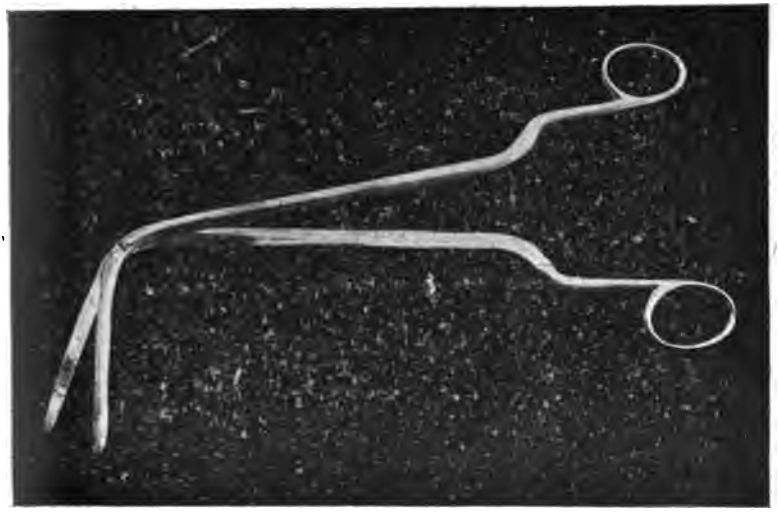


FIG. 2.ª—La pinza-bisturí abierta.

Mis pinzas son dos: una (que es la que aparece fotografiada en las figuras 1.ª y 2.ª), cuyo bisturí va fundido á la rama anterior, tiene el filo también anterior, y sirve, por tanto, para las sinequias que existan en la mitad anterior de las cuerdas vocales; y otra pinza en la que el cuchillo ocupa la rama contraria, el borde cortante (fig. 3.ª) mira hacia atrás, y su aplicación se limita, por tanto, á las adherencias posteriores.

Recientemente las he ensayado con éxito en un enfermo de mi clientela particular, D. A. P-C., de treinta y cinco años de edad, casado y vecino de Valencia, aunque con domicilio accidental en Madrid, donde pasa largas temporadas.

Se trataba de un lupus laríngeo sifilítico ya curado, que en época de su apogeo había sido sometido al plan curativo de los doctores Bombín, Zofío y Cisneros. No había al presente manifestaciones activas. La laringoscopia me reveló una imagen en extremo curiosa

(fig. 4.ª): no había epiglotis, no había repliegues anteno-epiglóticos, y casi no había tampoco paredes laterales del vestíbulo. Las úlce-

FIG. 3.ª—Extremidad cortante de la pinza-bisturí vista por delante.

ras, que debieron ser intensas para causar destrozos de tanta consideración, estaban completamente cicatrizadas; en una palabra, el proceso patológico había terminado, verificándose la curación á costa de la pérdida de la porción supraglótica del órgano.

FIG. 4.ª—Imagen laringoscópica observada en el enfermo A. P-C. antes de la intervención.

Las cuerdas vocales, blancas gruesas, irregularmente redondeadas, rígidas, inmóviles á la inspiración y á la fonación, estaban

unidas en su mitad anterior por un puente fibro-membranoso que limitaba por delante la escasa luz glótica de aquella pequeña abertura redondeada.

No existía dolor espontáneo ni á la presión; la deglución se hacía perfectamente; la tos era nula, había afonía, como es lógico, y los trastornos respiratorios no guardaban relación directa con el pequeño espacio por donde pasaba el aire. Sin duda, la estenosis fué lenta y gradual, y el enfermo se acostumbró poco á poco á la penuria respiratoria, á la media ración de oxígeno.

Después de operado le di unos cuantos toques laríngeos con glicerina yodada, y esto, unido al tratamiento general antisifilítico que venía practicando, hizo que este enfermo, si no curarse, porque esto era ya imposible dada la alteración de tejidos, al menos desapareciera por completo la disnea y mejorase la voz, realizando, por lo tanto, el ideal que nos proponíamos.

# SECCIÓN CIENTÍFICA ORIGINAL

## SEGUNDA CONFERENCIA

### SOBRE EL CONGRESO INTERNACIONAL DE WÁSHINGTON DADA EN EL COLEGIO MÉDICO DE MADRID

POR EL DR. D. CAMILO CALLEJA

Señores: Decíamos el otro día que, aun reduciéndonos á hacer una recopilación sumariadísima de lo que ofreció mayor interés en el Congreso Internacional de Tuberculosis de Wáshington, teníamos que dividir nuestra narración en dos conferencias: la primera, para exponer lo referente á la etiología y á la patología de la tuberculosis, dejando para esta segunda conferencia la *prevención y el tratamiento.*

*Ya dimos una idea general de aquel Congreso,* el cual comprendía no solamente la exposición de ideas, sino también de los objetos para ilustrar las enseñanzas científicas y populares. Siguiendo el *plan* que hemos trazado, comenzaremos hoy también mencionando lo más notable que había en aquella *Exposición,* en lo concerniente á la profilaxia y á la terapéutica, casi circunscribiéndonos á referir lo que contenía el departamento de Nueva York, puesto que, desde este punto de vista, era el más copioso y completo.

Para enseñar lo realizado por Nueva York para prevenir la tuberculosis, se hallaban expuestos *modelos de dormitorios* con arreglo á la nueva ley sanitaria, de *implementos* para la *limpieza* de las habitaciones y de la vía pública sin levantar polvo; *mapas* enseñando los alcances de la nueva ley sanitaria reformando las casas de los barrios insalubres, para que aquellos hogares tengan la luz y ventilación suficientes, y *estadísticas* mostrando también las muchas vidas que allí se han salvado en estos seis ú ocho años, llevando á debido efecto dicha ley. Todo esto y además los pequeños detalles, como escupideras de todas las formas imaginables, tarjetas y carteles enseñando á mantener el ambiente en el mayor grado de pureza posible, tanto en la vía pública como en las residencias privadas, etc.

*También planos de nuevos hospitales sanatorios, incluyendo los campamentos de tiendas y dispensarios* construídos con la magnicencia con que puede hacerse cuando se gasta mucho dinero.

El *servicio de dispensarios*, sobre todo, es muy completo, tanto por el número de ellos como por su buena organización.

También ha sido objeto de cuidado especial en Nueva York el *abastecimiento* de alimentos sanos, y sobre todo *de la leche*, para lo cual han obligado el establecimiento de *granjas* en el campo, lejos de la ciudad, donde las vacas están sujetas á una inspección muy estricta, empleando la tuberculina para el diagnóstico é inmunización, y desde donde la leche la transportan en trenes especiales á 19 depósitos para la distribución, practicando de antemano su examen, á fin de exigir la responsabilidad á todo aquel que expenda leche adulterada; y bien puede decirse que han logrado en este punto satisfacer el ideal de la higiene, sin que haya, por supuesto, una sola vaca dentro de la gran metrópoli del Occidente, que cuenta con casi cuatro millones de habitantes.

Además, posee Nueva York los medios más eficaces para la *fumigación* de las habitaciones y la *desinfección* de los objetos portátiles. De esto, como de lo anterior, se hallaban expuestas multitud de fotografías y láminas con gran profusión, á fin de dar una idea del desenvolvimiento que ha tomado la higiene en estos puntos. En fin, también se exhibían los trabajos del *Comité encargado* de la propaganda de la instrucción y educación del pueblo en materia de higiene con particular atención, al modo de prevenir la tuberculosis y de administrar socorros á los que padecen esta enfermedad.

Nada diré aquí de la literatura que con este objeto se hallaba allí coleccionada, porque era una expresión de las *ideas médicas expuestas en las sesiones del Congreso,* y en las cuales me voy á ocupar, clasificándolas en tres grupos: *primero,* opiniones ajenas sobre el *empleo de los medios higiénicos sin el uso de tuberculina,* para prevenir y tratar la tuberculosis; *segundo,* opiniones ajenas sobre los *resultados de la tuberculina, en unión de los medios higiénicos;* y *tercero, mi criterio sobre este particular.*

I.—Opiniones de otros autores sobre el empleo de los medios higiénicos sin el uso de tuberculinas.

Mencionaremos los escritos más importantes por el orden correlativo de su objeto: *ambiente y clima, alimentación, limpieza, ejercicio, colonias rurales y conceptos sintéticos* de los diferentes medios higiénicos.

El Dr. Denison, de Denver, en una Memoria intitulada *La limitación de la tuberculosis por medio de la ventilación de las casas,* dijo:

«Siendo la tuberculosis prácticamente una enfermedad del hogar debido á la insuficiencia de aire y de luz del sol, ¿qué ley de ventilación puede darse y ser cumplida para la prevención de esta enfermedad? Fija el espacio mínimo donde ha de respirar una persona en unos 20 metros cúbicos, es decir, en un espacio de cinco metros de superficie por cuatro de altura, y con una abertura cuadrada de entrada y otra de salida para la renovación del aire, de 20 centímetros de cada lado, sin olvidar que ha de dar el sol en el interior de la habitación por lo menos una hora al día; y propuso que con arreglo á esta ley debieran construirse las casas.

Es muy sensible que, entre lo mucho bueno que ha efectuado aquel Congreso, no se haya tratado de implantar con todo el rigor debido esta ley, á fin de evitar que la ciudad de Nueva-York se convierta pronto en un cúmulo de torres de Babel, puesto que si continúan construyendo como ahora, la luz solar y aun la ventilación han de quedar allí muy menguadas.

El Dr. Townsend, de Boston, expuso todos los datos concernientes al establecimiento de *campamentos diurnos* para los tísicos que no pueden ya trabajar, y el Dr. White, de Pittsburg, lo referente á los *campamentos nocturnos* para los tuberculosos que todavía pueden trabajar; ambos con el fin de proporcionar á dichos enfermos un ambiente puro.

Los doctores Squire y Hulber deducen, de una investigación hecha durante cinco años en Londres, que, entre los pobres, el *origen* de la enfermedad deberá buscarse principalmente *en los hogares*, y que el tratamiento y la prevención de la tuberculosis son de resultados más satisfactorios y más completos cuando se estudian y mejoran las condiciones del hogar por medio de una inspección técnica. «Por tanto, añaden, parece evidente que debiera ser obligatoria la notificación ó declaración de los casos de tisis por los médicos oficiales.» Creo yo que esto sería una arbitrariedad, por ahora.

El Dr. Knight, de Boston, da la *preferencia al tratamiento de los sanatorios cerca del punto* de residencia, en la generalidad de los casos, «si bien, añade, algunas veces es necesario un cambio completo de clima para influir en el metabolismo cuando éste se halle muy perturbado».

El Dr. Edson, de Denver, se ocupó en el estudio de la misma cuestión que el Dr. Knight, diciendo en conclusión que el clima más favorable es el que permite más fácilmente *la vida al aire libre*.

El profesor Zuntz, de Berlín, presentó á discusión el tema «Sobre el *antagonismo* que parece existir entre el *descanso* absoluto y los efectos estimulantes que indudablemente ejerce el *clima de altura*», llamando especialmente la atención sobre los cambios metabólicos

del nitrógeno, el descenso de la presión, y de los otros factores comunes á las montañas, que influyen sobre la cualidad y la cantidad de la sangre.

El Dr. Amerin, de Arosa (Suiza), estudiando las propiedades de los *climas de altura* (baja presión barométrica, aire seco y puro y abundancia de luz solar con gran poder actínico), dijo que «producen un mejoramiento de la sangre con aumento de la reacción vital y alivio de los síntomas consuntivos, *sin que sean contraindicaciones la hemorragia ni la fiebre,* siempre que no haya aumento de la tensión sanguínea, ni pase de 120 el número de pulsaciones». Afirmó también que las curas de soleación y el tratamiento específico por las tuberculinas y sueros pueden aplicarse allí con resultados más ciertos.

El profesor Fisher, de la Universidad de Yale, presentó un *profundo estudio de la alimentación de los tísicos.* Dijo que «no hay que fijar en todos la misma dieta, puesto que el número de calorías consumido por ellos oscila entre 2.100 y 5.500», y también señaló «el *perjuicio* que el uso *excesivo* de *proteidos,* especialmente de carne, produce en los tísicos, porque ocasionan putrefacción intestinal, y por la falta de oxidación completa de las proteinas, que, con las ya existentes en la carne, redundan en daño del paciente». Y añade «que el consumo de proteidos por la mayoría de los pueblos occidentales es excesivo».

El Dr. Kelly, de Michigan, corroboró las ideas del Dr. Fisher, aconsejando la *disminución de las sustnncias nitrogenadas* en la alimentación.

*En mi opinión, no hay que ser sistemático.* En aquellos casos en que haya habido insuficiencia alimenticia, ya por carecer de recursos, ya por la errónea creencia de algunas familias de que á los niños hay que darles poco de comer, y también en aquellos sujetos que, á pesar de sus buenas actividades digestivas y energías en general, permanecen flacos, en estos casos más vale que sobren que no que falten los elementos nitrogenados.

En punto á *limpieza técnica,* ó sea el modo de realizar la destrucción de los grandes focos bacilares, á fin de que no estemos tan expuestos al contagio por inoculación, produciendo las tuberculosis primitivas, queda mucho por hacer, porque no se ha cuidado más que del esputo, y debieran tomarse *precauciones,* mayores que con el esputo, *con las orinas y con las heces fecales,* puesto que demostraron los doctores Willson y Rosenberger, de Filadelfia, que los bacilos tuberculosos se hallan en estas secreciones aun antes que en los esputos, lo mismo cuando la tuberculosis es de las vías intestinales, respiratorias ó de otros órganos, que cuando es genito-urinaria.

*En materia de desinfección* ó, mejor dicho, de *fumigación*, Nueva Jersey presentó un medio muy práctico: se vierte sobre cal viva una solución de fomaldehido con sulfato de aluminio (á cuya solución se da el nombre de *pyroformol)*, y sin necesidad de fuego, se desprende el formaldehido. Merece mencionarse también, en contribución á los medios de limpieza, el resultado de los experimentos verificados en la gran *Institución de Investigaciones Médicas*, fundada por *Rockafeller* en Nueva York: el *jabón* tiene el poder de modificar el bacilo de la tuberculosis. Por tanto, no hay que ser parcos en el gasto de jabón, consejo que no deben olvidar, especialmente los cirujanos.

Respecto al ejercicio y al no ejercicio y reposo, se presentaron en el Congreso estudios encaminados á condonar la pena á que vienen sometiendo los tuberculosos en los sanatorios, y aun se ha generalizado esta medida de la quietud casi absoluta á la práctica domiciliaria; pero los pueblos que hablen el inglés, van á caer en el mal contrario si no hay quien le remedie pronto. El espíritu de esta tendencia se vió en la Memoria del profesor Storey, de Nueva York, que intituló: *La promoción de la inmunidad por medio de la educación física*. Sin embargo, el estudio del Dr. Storey merece muchos aplausos por la gran verdad de los principios científicos que sustenta.

Fueron muy laudatorios y comedidos en sus apreciaciones sobre las ventajas que pueda tener el ejercicio los doctores Paterson, de Inglaterra, y Pottenger, de California, y todavía son más de aplaudir los estudios de los doctores Newcomb, de Nueva York, y del doctor Jacobs, de Baltimore, sobre el establecimiento de colonias rurales y agrícolas para los tuberculosos.

Hasta aquí hemos hecho mención solamente de los trabajos analíticos que tratan de uno de los puntos de la higiene; ahora nos corresponde referir las disertaciones más importantes que comprendieron el *conjunto ó síntesis de las diferentes medidas higiénicas*. Comenzaremos con el extracto del tratamiento de los casos prematuros de tuberculosis según el bienhechor y gran clínico Dr. Flick, de Filadelfia, á quien en mi conferencia anterior os le di á conocer como el mentor del archimillonario Phipps.

El Dr. Flick dice: «Lo único necesario para el tratamiento de la »tuberculosis es la vida simple, dieta apropiada y escogida, y la ad»ministración de las drogas que ayuden al funcionamiento fisiológico »del organismo. Cuando el padecimiento haya avanzado mucho, el »paciente debe permanecer: primero en descanso completo por al»gún tiempo, después en descanso relativo, y, por último, debe or»denarse el aumento gradual de ejercicio, siendo éste tan impor»tante más tarde como el descanso fué al principio. La dieta debe

»escogerse cuidadosamente, según las conveniencias individuales; »si bien como base general puede señalarse: una buena comida de »alimentos sólidos (con beefsteak, legumbres, frutas secas, etc.); »además, seis huevos crudos al día y unos dos litros de leche. Se »pueden permitir también frutas, en los intervalos de las comidas, »y debe instruirse al paciente para que coma muy despacio. Sobre »todo, se cuidará de que no respire jamás aire viciado, y si no pue»de vivir fuera de casa, debe estar en un cuarto abiertamente ven»tilado.

»Las corrientes de aire no hacen daño si se está vestido apro»piadamente. Cuando no se puede establecer la disciplina médica »en casa, el enfermo debe trasladarse á un sanatorio en el mismo »clima en que está acostumbrado á vivir; pero cuando haya restau»rado su salud, al menos aparentemente, éste puede volver al hogar, »si bien viviendo según le enseñaron en el sanatorio.» En fin, el doctor Flick prescribe medicamentos para «estimular, y nunca para estorbar las acciones fisiológicas». Prefiere el yodo, que usa en fricciones bajo la forma de eurófeno. No hizo mención siquiera de las tuberculinas.

Son dignos de mención los trabajos sobre «Instrucción y Educación Higiénica», de los doctores Heron, de Londres; Jacobs, de Baltimore; Minor, de Asheville, y Coleman, de Augusta, que vienen á corroborar las ideas que acabamos de exponer del Dr. Flick.

Damos por terminado lo que se refiere al tratamiento y prevención de la tuberculosis sin tuberculinas.

II. Ahora vamos á exponer, tan brevemente como sea posible, los principales trabajos sobre la *inmunidad* por el arte, y tendré el cuidado de traducir sus palabras casi literalmente.

Los doctores Calmette y Guerin, del Instituto Pasteur de Lille, ofrecieron allí las mismas demostraciones, ya expuestas por dichos investigadores en los anales de aquel Instituto, sobre la posibilidad de producir en los animales una marcada resistencia á la infección artificial de la tuberculosis, agregando á los alimentos de los animales bacilos bovinos.

Allí reprodujo el profesor Calmette otro trabajo, expuesto ya en la Academia Científica, en Mayo último, donde trata de las tuberculinas, y la medida de su actividad. Después de hacer una crítica de todas las tuberculinas de Kock y de las de Klebs, Buchner y Hahn, Behring, Landman y Beraneck, Denys y Buden de Louvre, Maragliano y Von Ruck, concluyó diciendo literalmente: «Todas »estas tentativas demuestran el gran deseo de los patólogos y clí»nicos de obtener un producto que posea todas las ventajas de la

»tuberculina vieja de Koch, y que esté libre de los efectos pertur»badores debidos á las impurezas que ésta contiene.»

Y añade: «Yo llegué á preparar para uso terapéutico una tuber»culina particularmente activa y relativamente pura, llamada la tu»berculina C. L., la cual puede ser inyectada en las venas de un in»dividuo sano, en grandes cantidades, sin producir elevación de tem»peratura. Hasta 50 centímetros cúbicos pueden inyectarse de una »vez á un buey, sin producir reacción; mas si la inyección se re»pite en la misma dosis tres veces en un día, después de la tercera »se produce en el animal un aumento de temperatura lo mismo que »si fuera tuberculoso, y, lo que es más interesante, el animal adquie»re gran resistencia á la tuberculosis, puesto que con una inocula»ción suficiente para producir una tuberculosis miliar en animales »sanos, produce solamente una tuberculosis crónica y lenta en los »animales inyectados, como se ha dicho anteriormente, con la tu»berculina C. L.» Termina confesando también «que su tuberculina »no cura la tuberculosis mejor que las otras tuberculinas; pero evi»dentemente disminuye la marcha de la enfermedad, da al orga»nismo resistencia contra la infección y facilita al clínico la obser»vación de los efectos del tratamiento por medio de la tuberculina »con exactitud, cosa que ha sido hasta aquí extremadamente di»fícil ó imposible».

El Dr. Bartel, de Viena, en su tema *Experimentos sobre la inmunización contra la tuberculosis*, dijo: «La acción del bacilo de la »tuberculosis, cuando éste entra en el organismo por medio de las »vías naturales, indica una *acción protectora de las células de los »órganos, especialmente los linfocitos, contra la infección*. En vi»tro es posible, con la ayuda de varios órganos (especialmente los »de naturaleza linfocitaria), abolir la virulencia del bacilo por me»dio del confinamiento de éste en las células de los órganos á una »temperatura de 38°. Esto sucede con el bacilo de origen bovino, lo »mismo que con el de origen humano. En el curso de las tentativas »de producir la inmunidad, basada sobre estos principios, animales »han sido con éxito inmunizados contra una infección fatal para los »animales sanos de observación. Por lo tanto, las tentativas en uti»lizar esta acción de los tejidos sobre el bacilo de la tuberculosis, »como base de la inmunidad contra la tuberculosis, ha dado resul»tados favorables.» (Esto está muy en armonía con mi criterio optimista.)

El Dr. Gabrilowitsch, consultor del Sanatorio Imperial de Finlandia, ha usado el *tuberculinum purum*, que dice contiene todos los principios activos de la antigua tuberculina; pero modificada ésta por medio de reactivos químicos de tal modo, que ya no pro-

duce reacción general. Dice que siempre ha dado buenos resultados. Empieza inyectando subcutáneamente una centésima de miligramo, y llega en cuarenta ó sesenta días, que dura el tratamiento, á 100 ó 200 miligramos. El mismo autor dice que el *tuberculinum purum* parece digno de otros ensayos, pues sólo ofrece una estadística de veinticinco casos.

El Dr. Vaughan, de Ann Arbor, Michigan, también ha hecho experimentos con los *productos no tóxicos de los bacilos* tuberculosos, los cuales hacen á los animales sensibles á la tuberculosis. Sin embargo, añade, no es tiempo todavía de decir si es superior ó no á la tuberculina de Koch.

Los doctores Clermont y Lésieur, de Lyón, presentaron experimentos de *reinoculaciones negativas* de la tuberculosis en otras partes del cuerpo de los animales tuberculosos. Estos resultados son de gran importancia, porque si se comprobasen tendríamos una base fundamental para la inmunidad; pero como, según muchos otros, las reinoculaciones pueden dar una reacción positiva ó negativa, no hay suficiente razón aún para afirmar rotundamente que una persona afectada de tuberculosis durante el período de su evolución es inmune contra la infección.

El profesor Thomas Wood Hastings, de Nueva York, asertó que *el índice opsónico no corresponde á la condición clínica*, y, por tanto, no se puede usar como guía de las inoculaciones de la tuberculina, lo cual está *en plena contradicción con el insigne Trudeau y con el Dr. Lincoln*, de Chicago. En particular, los experimentos hechos en gran escala con la tuberculina, sirviendo de guía el índice opsónico, hacen creer que éste puede ser realmente útil. Bueno será consignar aquí, además, que Trudeau, valiéndose del índice opsónico, y fundándose en su gran experiencia, cree que las dosis de tuberculina deben darse nada más que cada tres ó cuatro dias, consiguiendo producir así la inmunización contra la tuberculina, y no meramente el sostenimiento de un índice opsónico alto.

El Dr. Baldwin, de Saranac Lake, de Nueva York, en una notable Memoria, hace una *revisión crítica* de todos los preparados que llevan el nombre de tuberculinas y demás derivados de los bacilos tuberculosos que han sido bautizados con otros nombres, como la «bovacina» y la «tulasa», de Behring, y el «tauráman», de Koch y Schutz. Por último, llega al preparado de Klimmer con bacilos vivos, modificados en su virulencia, trasplantándose á otras especies de animales, que es el paso dado hacia la inmunización bovina que se persigue actualmente, y concluye manifestando el Dr. Baldwin que *la situación por ahora no ofrece esperanzas en el establecimiento de una inmunidad duradera por ningún método.* Sin embargo, cree

que la resistencia específica del ganado vacuno, después de una ó dos inoculaciones de bacilos humanos, dura, por lo menos, seis meses, y á veces se prolonga dos años; pero con la contra de que los bacilos humanos vivos, inoculados en los animales, pueden retenerlos en los tejidos ó excretarles en la leche muchos meses después de la inoculación. (Este hecho le corroboran también Schroedder y Cotton, Weber y Fitze.) Añade que la sutil diferencia del valor inmunizador entre los bacilos vivientes y los muertos necesita investigación; pero hasta ahora el método que parece ser de más eficacia es la inoculación con bacilos vivientes. También dice Baldwin que el fino mecanismo de la inmunidad requiere un estudio profundo para adoptar las dosis y los intervalos, siendo preciso un medio para medir la inmunidad. A pesar de estas y otras muchas dificultades y deficiencias que reconoce en los procedimientos actuales de la inmunidad, ve en los estudios de Bartel sobre la influencia de las células linfáticas en los bacilos tuberculosos, los de Opie sobre los leucocitos, las investigaciones que se están verificando sobre el mecanismo de la anafilaxia y manera de prevenirla, y, finalmente, en el problema de la inmunidad pasiva, que todo esto ensancha nuestros conocimientos sobre la inmunidad curativa, y es el fundamento de la esperanza de una terapéutica eficiente; y respecto á la inmunidad preventiva, cree que mientras más pronto pueda establecerse en la vida, más resistente se hará el adulto á la tuberculosis.

Los doctores Gerald B. Webb y Williams, de Colorado Springs, y el profesor M. A. Barber, de la Universidad de Kansas, dijeron que los ensayos para producir inmunidad contra la tuberculosis por la inoculación de *bacilos tuberculosos muertos* ó de sus productos, *no dán resultado* satisfactorio, mientras que verificándolo *con bacilos vivos*, virulentos y atenuados, se produce evidentemente una verdadera inmunidad. Para demostrar esto presentan las pruebas numerosas de inoculaciones hechas, primero en animales y después en el hombre, siendo digno de notar que han llegado por su procedimiento (según la técnica del Dr. Barber) á inocular 10.000 bacilos tuberculosos vivos en cobayos, sin que los animalitos se hayan puesto enfermos. Lo cual, dijo, alienta más las esperanzas de lograr pronto la inmunización antituberculosa.

Otros muchos reputados doctores presentaron comunicaciones en pro de las tuberculinas; pero enunciaré poco más que el título de sus tesis.

*Tratamiento de la tuberculosis por medio de la tuberculina*, por Beraneck, de Suiza, donde afirmó este doctor que las diferentes tuberculinas no son idénticas las unas con las otras, y declarándose protector de la que lleva su nombre. El profesor Hammer, de Heidel-

ber, en su Memoria sobre *El valor y la practicabilidad del uso de la tuberculina*, aconsejó que el médico, para usar la tuberculina, debe estar bien familiarizado con el tecnicismo de su empleo; debe tener una experiencia suficiente, á fin de juzgar con exactitud los síntomas de la reacción, y debe combinar además el tratamiento climatológico y demás medios higiénicos. El profesor Pannwitz, de Berlín, secretario general de la Asociación Internacional contra la Tuberculosis, quien lleva diez años de experiencia en los trabajos de sanatorio, manifestó que los resultados del tratamiento por la tuberculina, empleando además las medidas higiénicas, son cada vez más satisfactorios, pero confiando el uso de aquélla á los expertos con experiencia especial. El reputado profesor Denys, de Lonvain, propone el caldo filtrado y glicerinado de los bacilos tuberculosos humanos, que lleva ya en explotación, según dijo, desde el año 1896. Denys tiene, pues, la particularidad de ser el primer partidario del método antitóxico.

Nos conformaremos con nombrar á los doctores Meissen, Petruschky, Von Iman y Von Ruck, también partidarios del empleo de tuberculinas.

III. Mi criterio sobre el tratamiento y profilaxia de la tuberculosis.

Pasaremos ya á hacer la *crítica* sobre el material que os he expuesto, para que podáis formar mejor juicio del estado de esta cuestión. No es, desde luego, un problema definitivamente resuelto el modo de combatir la tuberculosis, y mucho menos el modo de prevenirla. El moderno método inmunizador por las tuberculinas está en vías de experimentación, y para ofrecer las garantías de no faltar á nuestro lema, «Lo primero, no dañar», ha de ser manejado por expertos especialistas muy prudentes, muy observadores y muy conodedores de las acciones, así como de las reacciones que provoca dicho remedio; los cuales especialistas han de saber también aplicar los diferentes procedimientos para medir con precisión las distintas relaciones que, como el índice opsónico y las diferencias de la anafilaxia y del poder fagocitario, sirven para apreciar los cambios realizados en el enfermo; lo cual únicamente puede verificarse en instituciones *ad hoc*, como los dispensarios y hospitales especiales.

*Las bases de las indicaciones, en mi concepto, no se hallan bien establecidas,* porque se abusa demasiado de la generalización, en vez de enseñar el camino de la individualización, como debe hacerse en el tratamiento de la tuberculosis, puesto que en esta enfermedad hay diferencias tan grandes y tan trascendentales como las que hemos visto existen entre las opiniones médicas: no hallaremos dos tu-

berculosos iguales, ni entre los médicos hallaremos dos pensamientos análogos, en lo que se refiere á la tuberculosis. Pero en medio de la anarquía actual de nuestras ideas, hay un fondo de verdadero progreso, del cual se puede sacar gran partido si se tiene un prudente eclecticismo.

Me propongo iniciar ahora un intento aplicando á la práctica, ó sea al tratamiento y á la profilaxia de la tuberculosis, el optimismo eclecticista del cual di una breve noción en mi primera conferencia; mas, para efectuar una buena elección de medios terapéuticos y poder escoger lo mejor, según las circunstancias, recopilaremos sumariadamente el estado actual del arte médico, en la cuestión palpitante de las tuberculinas.

Reina un completo *desacuerdo en los dos términos del problema: 1.°, en la preparación del remedio específico*, pues hay muy diferentes tuberculinas y sueros antituberculosos; y 2.°, en el método que se ha de seguir para su uso. Hay tuberculinas que consisten en bacilos vivos; hay otras preparadas con bacilos muertos machacados; otras con bacilos modificados por agentes físicos ó químicos; otras son extractos más ó menos parciales, ora aprovechando las toxinas, ora separándolas; y hay también sueros antitóxicos de muy distinta elaboración, propuestos como antituberculosos.

En cuanto á los *procedimientos* para el empleo de las tuberculinas y sueros, aunque hay también muchos, se pueden resumir en *dos*, en armonía con las dos teorías terapéuticas en que se halla dividido el campo de los bacteriólogos: una es la teoría *antibacilar*, capitaneada por Koch y Wright, y otra es la antitóxica, capitaneada por Denys y Sahli. Además, debe tomarse en consideración la reciente indicación de Bartel sobre las tuberculinas y de los sueros para estimular la citosis; de lo cual se infiere el modo de poder intervenir, de acuerdo con la teoría de Metchnikoff, sobre las defensas celulares. Los partidarios de la escuela antitóxica están en gran mayoría, y luego veremos la razón de que así suceda. Me voy á permitir dar las *bases racionales para la elección del medio específico y del procedimiento ó modo de usarlo*. Estas bases se infieren de la *clasificación y frecuencia* respectiva de la tuberculosis.

En el concepto de los clínicos con gran experiencia, lo mismo en los de la antigüedad que en los vivientes, prevalece en lo íntimo de su criterio la idea de que hay *dos clases de tísicos:* unos, y son los más numerosos, nos ofrecen, al examen de sus condiciones individuales y de su historia suficientes razones, para que padezcan la enfermedad; mientras que otros, aunque son los menos, no presentan dichos antecedentes, y encontramos extraño verles atacados por la tisis. La *explicación* de esta diferencia ha estado en armonía con

los estudios que en cada época preocupaban. Así, en la era anatómica suponían que dependiera de la existencia de dos clases de tejidos tuberculosos, que entonces admitían, y desde los modernos estudios de *bacteriología* se han inculpado á las diferencias microbianas. Pero ya hemos combatido esta idea como exclusivista, habiendo sustentado que la *dualidad* de las tuberculosis es *relativa,* y depende de la *proporción* en que se hallen los dos factores de la enfermedad; estos son: el *bacilo* tuberculoso y el *cuerpo* del paciente. Cuando no merecen consideración práctica las imperfecciones corpóreas del paciente, porque éste no sufra las consecuencias de las enfermedades y discrasias predisponentes, como son los estados asténicos, entonces declararemos al bacilo como único culpable de la tuberculosis, á la cual califico de exógena ó primitiva. Y cuando los antecedentes nos den cuenta y razón de un estado de debilidad, precursor suficiente para considerar á los individuos dispuestos á padecer, ya sea la tisis, ya sea alguna de las otras enfermedades caquectizantes, sin que hallemos desproporción entre el desarrollo de las lesiones tuberculosas y la astenia precursora, entonces calificaremos la tuberculosis de asténica y averiguaremos su origen, porque, según éste, variarán grandemente nuestras decisiones prácticas.

*El porvenir de la terapéutica en el tratamiento de las tuberculosis exógenas está en el descubrimiento de una buena tuberculina antibacilar,* siguiendo el rumbo de Koch y de Wright. Pero *el porvenir de la terapéutica específica de las tuberculosis asténicas le tendremos en los medios antitóxicos,* siguiendo la vía inaugurada por Denys y defendida por Sahli, porque en estos casos no hay que combatir de la causa externa más que sus malas consecuencias cuando las acciones degenerativas ó cacósicas de los bacilos predominan sobre su influencia reactiva ó eubiósica. *Mas nunca estarán satisfechas las indicaciones en las tuberculosis con el empleo exclusivo del remedio específico anticausal,* sea éste antibacilar ó antitóxico. Siempre, es decir, en ambas clases de tuberculosis, hay que vigorizar el organismo con los medios higiénicos y fármacos adecuados, puesto que en los casos exógenos, los bacilos, infectando en *exceso,* son caquectizantes, y conviene, por tanto, coadyuvar al tratamiento específico con medios que vigoricen al paciente, y *en los casos asténicos, no sólo no bastará, sino que resultarán fugaces y muy incompletos los resultados del tratamiento específico, siendo entonces lo principal el plan vigorizante, que variará según el origen de la astenia;* cuando ésta sea por escasez de aire puro ó de alimentación, proporcionaremos estos valiosos recursos; cuando sea porque el individuo haya reducido su poder reoxigenante, á consecuencia de la preexistencia de infecciones ó intoxicaciones crónicas, nada

mejor que prescribir el yodo; y en fin, cuando desconozcamos el origen de la astenia (y por esto la llamamos discrásica), tendremos que atender principalmente á la educación física, sin olvidar la valiosa cooperación de algunos fármacos, como el yodo en los obesos, los arsenicales en los flacos, y á veces los fenoles y sus derivados en ambos.

He de hacer aquí una salvedad: los tuberculosos asténicos, cuando llegan á la generalización teniendo ya lesiones tuberculosas avanzadas, puede suceder que éstas sean el foco determinante de autoinoculaciones bacilares, con lo cual puede decirse que se ha *implantado una tuberculosis exógena en una tuberculosis asténica*. Si en tales casos se vacía, por decirlo así, una caverna en el aparato circulatorio, puede venir la muerte inmediata por embolia, ó, de librarse de ésta, vendrá la tisis galopante, la cual habrá que tratar, como si fuera puramente exógena con el específico antibacilar (cuando le haya).

Ahora bien: ¿cuál de los dos métodos específicos será el que haya que emplear con más frecuencia? El antibacilar de Koch, que pudiéramos llamar también intensivo, será de escasa aplicación comparado con el antitóxico de Denys, ó sea el que por antítesis podemos llamar fraccional mínimo, puesto que las tuberculosis deuteropáticas ó asténicas son muchísimo más frecuentes que las exógenas.

La tuberculosis primitiva, esto es, la exógena, ó sea la producida por el contagio del virus tuberculoso sin predisposición, es infrecuente, y es casi seguro que sólo se produce por inoculación, como cuando se hacen los estudios de patología experimental; pero en cambio suele conducir en mayor proporción á la tisis, relativamente al número de atacados, que las tuberculosis consecutivas. Los dedicados exclusivamente á los laboratorios de vivisección son en general contagionistas, y habiéndose propagado estos temores de contagio exageradamente á gran parte de la clase médica, y más aún al vulgo, es oportuno exponer pruebas de lo infrecuente que es adquirir la tisis por puro contagio sin predisposición.

Desde luego entre los clínicos se halla muy generalizado este convencimiento, y tanto más, cuanto mayor es su práctica, porque cada vez se va aprendiendo mejor á saber examinar á los pacientes y á estudiar las relaciones entre los individuos de una misma familia y convivientes, teniendo en cuenta que muchos individuos tienen la apariencia de fuertes siendo débiles, aunque esto no se les pueda decir á los interesados, y mucho menos á los padres.

La humanidad en general está mucho menos expuesta de lo que se cree, desde que impera la tuberculofobia, á la adquisición de la

tisis, por el puro contagio de los bacilos tuberculosos. Las pruebas de este aserto son las siguientes:

1) Las autopsias nos enseñan, en la mayoría de los adultos, cicatrices de lesiones tuberculosas que revelan se han curado; ni tampoco suelen ponerse tísicos más que en número proporcionalmente pequeño, los que sufren durante muchos años tuberculosis de la piel, de los huesos, de la matriz, de la nariz, á pesar de alojar en su cuerpo los bacilos tuberculosos; por consiguiente, no basta el contagio bacilar espontáneo generalmente para determinar la tisis, ni debe importarnos mucho llevar con nosotros unos microbios que, más tarde ó más temprano, han de ser nuestros huéspedes.

2) Entre muchos convivientes, aun entre los enfermeros de hospitales de tuberculosos, ni entre los médicos que tenemos que manosear los tísicos antes y después de muertos, ni siquiera entre los cónyuges de los tísicos, se ven más tísicos que entre los que no se hallan en las mismas condiciones. En cuarenta y seis años que hace que fundó el Dr. Cullis el «Hospital for Consumptives» de Boston, no se ha visto ni un solo caso de contagio en los que asisten á aquellos tísicos en último período.

3) Los hijos de tísicos no nacen generalmente tuberculosos, y si nó tienen mala constitución, no mueren tantos tísicos proporcionalmente como entre los hijos de los sifilíticos, de los alcohólicos y de los que viven en mal ambiente ó con escasez.

Todo esto nos demuestra que *la mortandad por tisis no depende principalmente del más ó menos contacto íntimo con los que sufren esta enfermedad, sino del número y grado de enfermedades asténicas* que producen la degeneración de la humanidad. Además, si no fuese por los bacilos tuberculosos, tendríamos mayor número de defunciones por enfermedades más caquectizantes, como las anemias progresivas, las leucemias y las neoplasias malignas. Por tanto, debemos *tranquilizar á la sociedad de la tuberculofobia* que padece actualmente.

Estos son los hechos, y no encuentro otra explicación que el *optimismo relativo de los bacilos* tuberculosos, los cuales no solamente unas veces son nocivos y otras indiferentes, sino que para la mayoría de las personas, ó al menos en las asténicas, la infección moderada de los bacilos tuberculosos es beneficiosa. Aclararemos esa idea. *Hay bacterias que siempre* son nocivas, como el bacilo *antracis*, el *vírgula* colérico, el *espirilo* luético; *y hay, en cambio, bacterias que pueden ser buenas ó malas* para la naturaleza humana, según que se hallen en cantidad habitual ó extraordinaria, como sucede con las que habitan comúnmente en nuestro cuerpo, las cuales puede decirse que son ubicuitarias y provocan una reacción *eubiósica,* ó sea

beneficiosa para la vida cuando infectan moderadamente, como sucede cuando invaden nuestro organismo sin inocolación cruenta, es decir, transcutáneamente por simple superposición. Esto es lo que frecuentemente ocurre con los bacilos tuberculosos, sobre todo con los de Ferrán, ó sean los no ácido-resistentes: éstos, cuando se hallan en cantidad moderada, producen con sus toxinas un *fecundante estímulo* en las células, las cuales forman anticuerpos y opsoninas que, en unión del principio curativo de Behring, que contienen los bacilos tuberculosos de Koch, produce en un mayor orgasmo, que se manifiesta por cuatro grados de alteraciones: neurosis, fluxiones, inflamaciones é hiperplaxias; y también la reacción vital ú orgasmo puede generalizarse, constituyendo las fiebres pretuberculosas ó *eupirexias*. Pero si la cantidad de bacilos es extraordinaria, entonces producen una infección degeneradora que, si no la contienen las barreras de defensa celular, se generaliza, produciendo la tisis exógena.

*La profilaxia específica* se halla en los *primeros albores* todavía, y sólo vislumbramos en lontananza, confiando en la teoría de Metchnikoff, la posible aplicación del procedimiento inmunizador de Bartel por la inoculación progresiva de bacilos tuberculosos vivos. Pero no serán estas inoculaciones convenientes, si no se consigue la vigorización del sujeto hasta lograr el mayor grado de inmunización natural, pues de otro modo, el presunto remedio sería peor que el mal, porque los asténicos inmunizados morirían de otras enfermedades aún más caquectizantes que la tuberculosis, como son la anemia progresiva, la leucemia y las neoplasias malignas.

*Resumiremos ahora los resultados positivos* que ha dado el Congreso Internacional de la Tuberculosis, de Wáshington. Ha *fomentado* el inmenso bien que está produciendo nuestra campaña antituberculosa, pues jamás ningún otro asunto médico ha interesado tanto á la humanidad entera como el de prevenir la tisis; nunca en el mundo se habían popularizado como ahora, merced á esta activa lucha, los conocimientos y las prácticas de las grandes máximas higiénicas, tanto individuales como sociales. Los trabajos de *patología* experimental y de *bacteriología* han alcanzado un desarrollo extraordinario, buscando el remedio específico del mal y llegando hasta hallar la fuente de donde brota el manantial que ha de surtirnos de tan precioso recurso. Vale, por lo tanto, la pena continuar por la vía trazada. Con lo que allí hemos visto se puede dar por *resuelto* el problema de la *unidad* de los bacilos tuberculosos, y el de la posibilidad de librarnos casi por completo del peligro del contagio de los bacilos vacunos. Habiendo con todo esto logrado, las naciones que van á la cabeza de este movimiento, ver ya *reducida* en estos tres

últimos años la cifra de *mortandad* por la tisis, próximamente á la mitad de la cifra que arrojaban las estadísticas antes de esta sabia cruzada.

Después de este Congreso es de esperar que las *naciones atrasadas* procuren seguir los progresos de aquellos pueblos que han conseguido tan encomiásticos resultados, los cuales son debidos principalmente á la labor meritísima de la clase médica, educando á las masas en los grandes principios higiénicos, y de ilustrar é interesar á los hombres poderosos y á los poderes públicos para que se establezcan las grandes instituciones de los dispensarios; de corporaciones profesionales subalternas que auxilien á los médicos en su tarea, y la organización de una buena policía sanitaria capaz de efectuar una cumplida inspección y con poderes bastantes para obligar á la ejecución de las leyes. Además, las nobles instituciones que vienen ya funcionando de antemano, como los maestros de niños, hermanas de la caridad, practicantes y enfermeros, han recibido allí, y deben recibir en todas partes, la instrucción precisa para que coadyuven á este humanitario fin.

*Queda mucho todavía por hacer,* porque se desconoce, en el momento inicial de la enfermedad, la correlación exacta de los dos factores de la tuberculosis: el virus y las condiciones individuales. Se ignora casi por completo el período de incubación, ó sea el de pretuberculosis. No se ha llegado á precisar aún una ley obligatoria para construir las viviendas, según las reglas de la higiene, pues el hombre no puede vivir sin aire libre y sin luz, como el topo. Tampoco se ha descubierto el modo de librar á la humanidad de las infecciones é intoxicaciones crónicas que tanto predisponen (no sólo á los que las padecen, sino á sus descendientes) á contraer la tisis; y, en fin, tampoco se han conseguido allí poner de acuerdo sobre la preparación y modo de usar el remedio específico que ha de desinfectar nuestro organismo de las infecciones exógenas producidas por el bacilo tuberculoso, y ha de coadyuvar, con la higiene y fármacos, á mejorar los estados asténicos. Una esperanza más se comienza á ver en el horizonte: la luz que ha de iluminarnos para descubrir la inmunización preventiva, según les experimentos de Bartel sobre la fagocitosis tuberculosa.

*En resolución,* las causas primordiales de la tuberculosis son: 1.ª, viviendas donde escasean el aire y el sol; 2.ª, infecciones é intoxicaciones crónicas, como la sífilis y el alcoholismo; 3.ª, alimentación imperfecta, en la juventud sobre todo, y 4.ª, mal género de vida, ya sea por exceso, ya sea por defecto de los actos voluntarios.

A consecuencia de estas causas se producen estados asténicos, que son el terreno abonado para la proliferación excesiva de baci-

los tuberculosos, y de aquí su diseminación con los productos, como los esputos, las orinas y demás secreciones que pueden ser foco de contagio para individuos sanos, si bien esto es muchísimo menos frecuente de lo que generalmente se supone en la actualidad. Por tanto, para aminorar la tuberculosis, y sobre todo para librarse de la tisis, las medidas principales que han de tomarse son: 1.°, el saneamiento de la vivienda, proporcionándola, especialmente en los dormitorios, suficiente ventilación y luz solar; 2.°, la prevención de las infecciones é intoxicaciones crónicas, y 3.°, el cuidado de dar alimentación apropiada á los niños y jóvenes, acostumbrándoles á que desenvuelvan sus actividades bien equilibradas con una buena educación física y psíquica, y á tener siempre una esmerada limpieza. Con todo lo cual se librará la humanidad de la astenia que sufre casi universalmente, y entonces no encontrarían ya los bacilos de Ferrán el terreno abonado para convertirse en bacilos de Koch, y faltaría también, á las demás bacterias que contribuyen al desarrollo de la tisis, el medio apropiado para su proliferación.

Pero mientras todo esto no se pueda conseguir, urge hallar un remedio específico para evitar las funestas consecuencias de la tuberculosis exógena (la secundaria inclusive) cuando es excesiva la infección bacilar; mas este remedio, aunque ya descubierto en principio, desde que Koch consiguió obtener la tuberculina, falta todavía mucho para que su preparación sea perfecta y para poder formular con integridad las reglas del método que ha de seguirse en su empleo, teniendo siempre presente para esto que, existiendo con tan gran profusión los bacilos tuberculosos, algún fin útil han de tener en la naturaleza humana.

Así me lo ha confirmado la experiencia, y por esto he presentado á vuestra consideración los conceptos que he comprendido bajo el nombre de *eclecticismo optimista*.

HE DICHO.

---

## EL NEUROSISMO CRECIENTE DE NUESTRO TIEMPO

POR EL DR. ANTONIO GOTA

De Zaragoza.

Las sorprendentes conquistas en todos los dominios, la marcha del progreso frente á la vital concurrencia, de cada vez más ruda, mantenida á expensas de los grandes esfuerzos de la humana inteligencia, son la causa principal de la *nervosidad* de nuestros días. La actividad del individuo hoy exigida es tan considerable, que no

bastan las mejores aptitudes ó las superiores disposiciones. El ardiente deseo de goces, la tendencia al bienestar y las grandes necesidades, aumentan en los más diversos medios. Hay un lujo espantoso, inaudito, en todas las clases populares, lujo desconocido en anteriores épocas. En los más diversos rangos sociales han dado considerables pasos la envidia, el descontento, el odio y la inmoralidad. Hase propagado desmesuradamente la extensión comercial. Las industrias han cambiado por completo. Se utiliza la noche para los viajes y el día para los negocios. En todo existe una precipitación, una urgencia extraordinarias.

Las grandes crisis políticas contemporáneas ponen en conmoción á multitudes más numerosas que antes. Nuestra participación en la vida pública es generalmente hoy mayor, así como las luchas sociales y religiosas. Frecuentes las agitaciones electorales, las querellas de partido. Las innumerables reuniones, asambleas, clubs, mitins y asociaciones diversas, caldean las débiles cabezas de las masas y mantienen los espíritus en tensión continua. La vida en las ciudades populosas se hace más refinada, manteniéndose inquieta. Los *nervios excitados* reaccionan en el fango, en medios emponzoñados, pervertidos, hasta extenuarse al fin. La literatura moderna no se ocupa de otra cosa que de lo que estimula las pasiones; llama á la sensualidad, á los groseros apetitos, conduciendo al pueblo al menosprecio de los buenos principios, de los sanos ideales. Literatura que pone ante el lector cuadros pornográficos, figuras patológicas, problemas psicopáticos, revolucionarios y sexuales.

Nuestro sentido auditivo está continuamente *instigado* por el ruido, por el fragor de la barbarie. Los teatros, con sus representaciones obscenas ó picarescas, mantienen los demás sentidos en *guardia*. Las mismas artes plásticas tienden á lo repulsivo, á lo extraño, á lo protervo, poniendo á nuestra vista un realismo repugnante, enojoso para todo hombre sensato; la escoria, en fin, de cuanto puede ofrecer la vida. Cuadro general que nos evidencia los grandes inconvenientes de la moderna civilización.

Han sobrevenido en el siglo que acaba de finar un conjunto de sucesos, una serie de desenvolvimientos que le han dado un sello especial: por eso se le ha calificado de *siglo nervioso;* y el siglo actual, no le irá en zaga seguramente al pasado. Estos acontecimientos han conducido á una tal transformación de relaciones sociales, que no ha registrado la historia nada parecido en el mundo en el transcurso de más de mil años. Y esto no sólo ha sido debido á trascendentes hechos, como el aniquilamiento de determinados pueblos, la revolución de un Estado ó la ruina de una cierta civilización, sino que han surgido ante nosotros no menos interesantes cambios, como lo

fueron todos aquellos progresos intelectuales que han venido ejerciendo un poderoso influjo sobre el sistema nervioso de los pueblos cultos.

Esos adelantos se llevaron á cabo por el frecuente empleo de las fuerzas de la Naturaleza al servicio del hombre. La edad del vapor comienza á mitad del siglo XIX, y la indefinida utilización de esa maravillosa energía más tarde continúa. Caminos de hierro, barcos de guerra y máquinas de todo género. Telégrafo, fotografía, galvanoplastia y teléfono. El espacio y el tiempo parecen suprimidos; volamos con la rapidez del viento, y hablamos directa ó indirectamente con nuestros antípodas. Nace una nueva industria que ocupa á una considerable suma de hombres, y produce óptimos resultados. Pero con motivo de este descubrimiento surge en todos los dominios una lucha desenfrenada. Un gran número de hombres carece de la necesaria energía para darse cuenta de la nueva situación, que exige mucha mayor labor que la de antaño, y adaptarse á ella. Difundiéndose más la cultura, hierve el trabajo más en los talleres é industrias, y la fortuna hoy no es más que el faro hacia el cual se orienta la activa habilidad humana. Con incansable actividad, toda una parte del mundo, la América, entra con sus inagotables recursos en concurrencia de intereses con el antiguo continente, y amenaza traspasarle, aventajarle bajo todos los puntos de vista. De este modo, los individuos, como las naciones, se ven sobrecogidos, forzados á multiplicar sus esfuerzos en la terrible lucha por la vida.

A todo esto podemos agregar el rápido crecimiento de las grandes ciudades, con todos sus males é influencias; el socialismo, que amenaza cambiar radicalmente el orden establecido, seduciendo los tornadizos cerebros de las muchedumbres. El egoísmo, los privilegios irritantes y desigualdades sociales impiden que cada hombre participe en la medida de su trabajo y méritos, de un relativo bienestar. Es evidente que tales sucesos no puedan menos de producir *honda impresión en el sistema nervioso.*

*
* *

El atento examen de los acontecimientos reseñados nos lleva á pensar que el *neurosismo* realmente acrece en nuestra época, y que dada esa manifiesta influencia de la innumerable serie de causas que nos rodean, se ha vuelto la humanidad *eminentemente nerviosa.*

Pero no se crea que este aumento de *nervosidad* es exclusivo de nuestro tiempo; épocas ha habido en que el desenvolvimiento de tal *estado nervioso* debió ser, como luego veremos, todavía mayor.

La creciente progresión del *nervosismo* actual, el colosal des-

arrollo de la *extenuación* del sistema nervioso en las naciones contemporáneas, obedece, pues, á las nuevas condiciones que nos rodean, á los hábitos que la moderna civilización nos ha traido, á las múltiples vicisitudes, cada día mayores, de nuestra vida contemporánea; en una palabra, al excesivo aumento de las mutuas relaciones sociales.

Comprueba la neuro-clínica que existen *momentos psíquicos* en individuos especiales, en los cuales lo mismo se afecta el dominio puramente intelectual que otras funciones orgánicas.

Del vago concepto de *neurosismo* y del moderno *agotamiento nervioso*, ha sabido sacar la Medicina de nuestros días la *neurastenia*, ese frecuente proceso de los trabajadores del cerebro, principalmente, de los intelectuales y de los que por necesidad de su carrera, cargo, empleo ó profesión, se entregan tanto al excesivo trabajo físico como á los esfuerzos del entendimiento. Proceso en que reacciona el sujeto al menor choque; dolencia de un especial desenfreno, de inesperadas reacciones, bajo el influjo de los motivos más nimios. Ha determinado hoy ese positivo aumento del *neurosismo* una infinidad de *neurosis funcionales*, así como de otras afecciones nerviosas de *naturaleza orgánica*. *La neurastenia* es la predominante enfermedad de nuestra época.

Si suele atribuirse un acrecentamiento de las referidas *neurosis* y una extensión mayor de los *procesos nerviosos orgánicos* á nuestro tiempo, es porque existe más débil capacidad de resistencia en la generación presente contra las causas excitadoras que continuamente amenazan al cerebro, medula, gran simpático y nervios periféricos.

Que para las afecciones nerviosas de *índole orgánica* se observe también una mayor receptividad en nuestros días, lo demuestra el parecer de los más esclarecidos neuro-patólogos, que sostienen que la misma *parálisis general* y las distintas especies de *mielitis* son más frecuentes de cada vez.

Para los más afamados clínicos era desconocida la *neurastenia* hasta estos últimos años, y la confundían con la *histeria* é *hipocondría*. Únicamente desde hace treinta y cinco años ha adquirido el derecho de ciudadanía entre las enfermedades nerviosas, habiendo tomado hoy una excepcional importancia. Pertenece la dolencia á todo ese conjunto de escritos, de monografías, de los clínicos del pasado, acerca de la *debilidad irritable* y también de la *irritación espinal*.

Predisponen á este especial *estado nervioso*, á la *neurastenia*, estado que no es más que el exagerado *neurosismo*, la excesiva tensión del espíritu, el *surmenage* en los negocios, el colmo, la sobre-

carga, el agobio de trabajo mental. El gasto de energía que supone el trabajo psíquico, no compensado inmediatamente, concluye á la larga por traer una marcada *hipotonía neuro-muscular*, carácter esencial de la referida afección crónica, pertinaz. Es un esquilmamiento difícil de reparar más tarde; y al que se unen un séquito de síntomas más ó menos manifiestos. El joven que en malas condiciones es lanzado por la escuela en la contienda por la vida, está en las mejores circunstancias para adquirir la *neurastenia*. Tendrá un sonoro título que lo declare apto para ejercer su profesión, pero para ingresar también en la *familia neuropática;* y en el primer embate del miedo, en el primer choque rudo de la lucha por la vida, ofrecerá cierta *inestabilidad* en sus actividades psíquicas.

Favorecen el desenvolvimiento de la *neurosidad:* la falta de método en la enseñanza, tanto en las escuelas como en los colegios, institutos y universidades; el considerable tiempo destinado para el estudio; la excesiva extensión y las dificultades de determinadas asignaturas que se cursan; la serie ímproba de trabajos que hay que hacer á domicilio; la negligencia por parte del profesor en las necesarias pausas; la carencia en las indispensables aptitudes del alumno para su desarrollo mental; la falta de preparación, y las no excasas exigencias de una infinidad de maestros que pretenden enseñar á sus discípulos una suma de materias en un curso, que á ellos les ha costado una porción de años. Todo esto es origen del acrecentamiento del *neurosismo* en la juventud de nuestros días, de esa *exagerada excitabilidad* de su sistema nervioso, de la *neurastenia* en fin.

Por otra parte, el trabajo intelectual en las universidades es, por regla general, excesivo. La amplia interpretación de las asignaturas, traspasando los límites permitidos por la libertad académica, no puede ser más nociva. Ese abuso de labor mental, especialmente en la preparación para las oposiciones, concursos, conferencias y exámenes, prepara *la debilidad*, *la laxitud* del sistema nervioso.

Las progesivas especializaciones y amplificaciones, siempre crecientes, de la ciencia, han aumentado la *nervosidad* en nuestro tiempo.

Están torpemente dispuestas las pretensiones del joven de nuestros días en el saber, y conviene de antemano enseñar á desenvolver mayor suma de energías mentales en la juventud, para poder instruirse. Sin contar las conquistas gigantescas de las ciencias naturales, cuyos resultados no pueden sustraerse á la enseñanza superior, es ya hoy una indispensable condición para la misma, las lenguas modernas, las Matemáticas, la Física, la Historia, la Química, y otras.

Es mayor de cada vez ese deseo insensato de muchos padres pertenecientes á los grados más diversos de cultura, de dotar á sus hijos de una instrucción *igual* al menos, y, si posible fuere, *superior* á la que ellos recibieron, aunque carezcan de la suficiente capacidad. Esto, y la participación demasiado temprana de la vida mental de los muy jóvenes en la de los adultos, es en extremo perjudicial para su sistema nervioso.

Se ha fundado en el extranjero una nueva categoría de escuelas superiores hasta ahora desconocidas, que amenazan con un seguro *surmenage*, no sólo al sexo masculino, sino también al femenino.

Influye la escuela sobre la mentalidad del niño desde el momento que intenta educarlo. Al obligarle á emprender tareas en desacuerdo con su grado de evolución psíquica, se cosechan fracasos, opacidad en los juicios, sopor intelectual, particularmente manifiesto por la gran dificultad de asimilación. Pero no sólo se trata aquí de *surmenage,* sino más bien de *mal de menage,* de anomalías determinadas por haber enviado al niño á las aulas en una edad demasiado temprana, *cuando los órganos cerebrales encargados del exigido trabajo no han alcanzado aún la suficiente madurez.*

El abuso de trabajo intelectual en cerebros no adaptados llega en muchos casos al máximum, y toda labor se hace imposible. Los *estados neuropáticos* consecutivos expresan un trastorno especial del funcionamiento del cerebro que está mentalmente extenuado, y termina por la *fatiga* ó *agotamiento* de todas las *facultades activas* del sujeto, es decir, por la *neurastenia típica.*

***

Es en alto grado amenazado el sistema nervioso, al ser excesivo el esfuerzo que por parte del corazón ejercen las emociones y agitaciones de la vida privada, como la miseria, las inquietudes, la muerte de las personas queridas, los disgustos, las preocupaciones determinadas por los malos negocios, los sobresaltos, las quiebras y desfalcos, el amor contrariado, los remordimientos, las esperanzas fallidas, los celos y las tibias relaciones de familia. Y en la vida pública, las contrariedades de todo género, los juegos de azar, las injusticias sociales, el general menosprecio, la escasa fortuna en las profesiones, el mérito no compensado, etc.

Es perjudicial para el sistema nervioso asimismo cuanto exige gran actividad, excesiva fatiga del cuerpo, como el exorbitante esfuerzo de los músculos, la marcha inmoderada, las grandes excursiones y el abuso de los *sports,* tan en boga en nuestro tiempo.

Varía el *cansancio muscular*, no sólo entre los diferentes individuos, sino según la naturaleza del esfuerzo. Y no olvidemos los efectos de la labor del músculo sobre la actividad psíquica. Mientras los ejercicios físicos moderados aumentan la potencialidad de la mente, la fatiga excesiva muscular la reduce, y del mismo modo el trabajo psíquico intenso y prolongado se efectúa en parte á expensas de la fuerza muscular. El reposo y las pausas durante esos trabajos del cerebro patrimonio de la vida moderna, mantienen la intensidad de la citada fuerza muscular.

Citamos además, entre las causas del *agobio nervioso*, el abuso de los goces materiales y otros medios de diversión, los alimentos excitantes, las grandes comilonas y el hábito inmoderado del café, tabaco y alcohol. Excesiva licencia muy en uso en los tiempos modernos.

Hay que tener en cuenta la alimentación, por lo general escasa ó insuficiente en la clase obrera y en la media, dado el exorbitante lujo y el anhelo de placeres de nuestra vida actual; la alimentación, factor importantísimo para la vida física y mental del sujeto, es lo que el carbón para la máquina.

Las intoxicaciones, las endógenas comenzando por el artritismo, y las exógenas, señaladamente el alcohol, producen el debilitamiento de la eficacia del trabajo cerebral, que se hace más fatigoso y menos rápido.

Crean ciertos *estados neuropáticos* las prolongadas vigilias, la exagerada excitación de los sentidos, la música sentimental, las lecturas y espectáculos conmovedores y la asidua asistencia á las reuniones mundanas.

Otros orígenes del *aminoramiento de las facultades activas del cerebro* son las violentas conmociones psíquicas producidas por los descarrilamientos, los grandes incendios, naufragios, hundimientos, accidentes de toda naturaleza, en las lesiones posibles y en todos aquellos terribles momentos en que la vida peligra, frecuentes sucesos en los tiempos que corren.

No favorecen menos la *irritabilidad aguda* del sistema nervioso en la juventud de nuestro tiempo, la forzada excitación de los órganos genitales bajo la forma de excesos, perversiones y desvíos, llevada á cabo muchas veces en organismos en crecimiento, incompletamente formados, ó en generaciones ya flaqueadas por la *neuropatía*.

Otras causas de la *extenuación* del sistema nervioso son las distintas enfermedades crónicas, la mala nutrición, la pobreza de sangre y las infecciones.

Ejerce el trabajo psíquico continuado su funesto influjo sobre el

sistema nervioso de una porción de intelectuales. Les obliga la vital concurrencia á desplegar todas sus energías, todas sus actividades superiores; tienen que redoblar sus esfuérzos para mantenerse á determinada altura en el concierto social y alcanzar una efectiva posición, la posible buena marcha en la vida. Vemos que prolongan las horas de trabajo, trasnochan, avanzan en sus disquisiciones científicas con una acelerada precipitación, hasta agotarse su actividad cerebral sin ser contrarrestada por el sueño deseado ó por el indispensable reposo. Con motivo de esto, sobreviene el *surmenage*, que, fisiológicamente considerado, tiene el significado de vejez prematura. El viejo agotado, debilitado, extenuado, que aconseja desistir de una empresa, obedece á la inconsciente sugestión de su insuficiencia ante las dificultades, y á la inhibición de la flaqueza apellidada discreción. Si ponemos en parangón la audacia del joven fuerte é inteligente con la prudencia del viejo que fué tal, sacaremos el convencimiento de que la fortuna no sonrie ni al viejo discreto ni al joven prematuramente envejecido.

El intelectual á veces tiene también que lanzarse á correr todos los albures de una lucha moral pertinaz, ineludible; de ella no se eximen ni se eximieron todavía los benefactores de la humanidad. Inherente es á la psicología de los holgazanes, de los infecundos, de la gran masa, como medio defensivo el ataque constante y encarnizado al laborioso superior. Es simple consecuencia de la terrible lucha; cada cual esgrime sus armas; pero el número gravitando, aplasta. Este es el resultado inmediato; sólo quedan quebrados en la contienda, escépticos. La bancarrota moral es la halagüeña perspectiva de los hombres sinceros, y es entre ellos donde recluta la *neurastenia*. Es obvio suponer que la causa es el *surmenage moral* en sus más variadas formas, mejor que la sobrecarga del trabajo intelectivo.

En el ejercicio de una profesión, sin olvidar la Medicina, existe un perenne origen de *excitación nerviosa*. Es cierto que en toda carrera hay un determinado número de *preocupaciones secundarias*, que suelen llevar á los profesionales á un positivo *surmenage*. Son éstas: la actividad pública y agitaciones de toda naturaleza; los trabajos que se imponen los pertenecientes á una agrupación municipal, provincial ó de otra categoría; los artículos que publican en los periódicos y revistas, los discursos populares, y la afiliación y asistencia á una serie de sociedades, casinos, ateneos y academias, todo lo cual es una rica mina de *agotamiento nervioso*.

Cuantos motivos acabamos de citar, hallan adecuadas condiciones, terreno favorable para el desenvolvimiento de *la extenuación nerviosa*, si particularmente ofrece el sujeto una disposición neuro-

pática, un *temperamento neurósico*. Este fondo de *desequilibrio nervioso* que solemos apreciar los médicos en infinidad de familias, se propaga de generación en generación, encontrándolo en los descendientes en mayor grado, y manifestado por ciertas *taras nerviosas* Y creemos que la característica de nuestra época médica es la *hemicránea, el baile de San Vito,* la terrible *epilepsia,* el *histerismo* y la *neurastenia,* sobre todo.

Esta singular *disposición nerviosa* de la vida moderna se traduce en la infancia por un aspecto particular de *excitación de los nervios,* por un carácter excéntrico, por sueño agitado y cefalalgias, hasta declararse esa *persistente é irritable debilidad nerviosa* inherente á la civilización actual, á la vida social de nuestros días.

El proceso de desequilibrio, la exaltación especial, patológica, del sistema nervioso, lo mismo lo apreciamos entre las altas clases sociales como entre los obreros, y principalmente se distingue por trastornos en su mayoría *subjetivos,* porque lo más afectado en tales casos es el *elemento psico-sensible* del sujeto.

*
* *

Ha creado la época contemporánea una multitud de circunstancias difíciles, de pruebas durísimas, que no son otra cosa que los preliminares obligados de nuestra futura vocación, que no habían de conducirnos más que á aquella *neurosis funcional,* cuyo esencial carácter es la *fijación de accidentes fisiológicos.* La *neurastenia* es lógico pensar que dimana de esa desenfrenada concurrencia por la vida, lucha que reclama el incesante empleo de todas nuestras energías intelectuales.

Es un hecho que sufre indefectiblemente el cerebro la ley del ejercicio. Este hecho era conocido de una manera empírica por los antiguos. El problema de obtener el máximo esfuerzo útil, consiste en proporcionar el ejercicio á la resistencia para el trabajo, que varía según los sujetos...

Lo que individualmente somos, así como el valor de un país ó de una raza en la humana jerarquía, depende del desarrollo, de la educación y funcionamiento del cerebro. El es el órgano donde se prepara el destino del hombre, el gran manantial de fuerza que se transmite á las infinitas vías de su actividad. La evolución y funcionamiento anormal del cerebro dan lugar á la *neurastenia.*

La *neurastenia,* como vemos, es la afección predominante en nuestra época; á la que siguen, por orden de frecuencia, el *histerismo* y la *hipocondría.* ¿Á qué motivos debemos atribuir ese exagerado neurosismo, más que á las funestas condiciones en que hoy se

desenvuelve la vida ordinaria en las distintas clases sociales, que hace que la evolución y funcionamiento del cerebro se realicen de una manera anormal?

Veamos lo que sucede en los diferentes cargos que cada individuo habitualmente desempeña:

Los funcionarios públicos están de cada vez más recargados de trabajo, y tienen hoy que asumir en sí mucha más responsabilidad que antes. Hallan los periodistas, en la precipitada composición de su trabajo, el origen de la *nervosidad*. La prodigiosa expansión de la literatura requiere en los escritores un excesivo desplegamiento de su actividad cerebral. Se obliga á los alumnos en las escuelas, como hemos visto, á trabajos mentales superiores á sus actividades psíquicas. En las carreras militares se les impone trabajos continuados físicos y mentales, al objeto de llenar todas las exigencias del servicio. La disciplina y procedimientos de los pedagogos, que cierran sus oídos á la higiene, son para los sanos, para los escolares robustos y aun perfectamente aptos, motivo seguro de un cansancio del cerebro. En el mundo de los sabios, la lucha es denodada. Perniciosa es para los maestros la serie de conocimientos que hoy se les exige. Para los talentos musicales y artistas, el estudio incesante, los viajes penosos y la emoción de la escena, son motivo de *surmenage*. Impone la terrible concurrencia vital una gran actividad á las funciones nerviosas de los comerciantes de los grandes bazares, de los especuladores en grande escala, de los altos empleados de Correos y Telégrafos, de las empresas ferroviarias, de los establecimientos de crédito, de los grandes almacenes coloniales, de las modernas industrias, de extensas librerías, de los tenedores de libros y de los encargados de colosales empresas.

Si la lucha por la vida exige al funcionamiento nervioso una gran actividad en nuestro tiempo, no es extraño que sean víctimas muchas personas del *neurosismo*, y que haya tomado este especial estado nervioso por transmisión hereditaria y bajo las formas más diversas una considerable extensión. Aunque no pueda comprobarse con cifras el acrecentamiento de esta *nervosidad*, fácilmente se deduce de esas circunstancias inherentes al desenvolvimiento de nuestra civilización, que al fin del siglo XIX y comienzos del actual, esa exagerada excitabilidad del sistema nervioso se haya hecho tan preponderante.

En estos últimos años es un hecho que la *histeria* y la *neurastenia* se han generalizado. Se halla en la actualidad mucho más extendida la segunda dolencia que en las pasadas épocas. Se la ve en alarmantes proporciones, tanto en la adolescencia como en la floreciente juventud y hasta en la vigorosa edad madura, en las que no

deja de ejercer su funesto influjo. No están libres de tan ominosa enfermedad todas las clases sociales, lo mismo las personas ilustradas —trabajadores del cerebro—como las míseras é incultas. Limitada la *histeria* al sexo femenino, suele alcanzar también al hombre; y en España, *clásico país del histerismo*, afecta preferentemente á la mujer del pueblo, á la obrera, sin dejar por eso de extenderse á la mujer acomodada. La *neurastenia*, por el contrario, es una *neurosis funcional*, casi exclusiva del sexo masculino.

Se distingue la *histeria* por sus variables signos hasta el infinito; por sus incesantes cambios y formas de neuralgias, parálisis y contracturas; por los chocantes y extraños accesos nerviosos de toda índole; por la suspensión característica de ciertas facultades ó aptitudes y por la notable reducción del campo de la conciencia. Se manifiesta la *neurastenia* por la *irritabilidad, debilidad* y *laxitud* de todo el sistema nervioso, con la siniestra influencia paralizadora de todo trabajo, de toda labor de la actividad humana. Pero el indicio distintivo de esta enfermedad es la *especial fatiga*, la *incapacidad* para ejecutar con *perseverancia y repetir* una labor manual ó mental cualquiera, si no ha tenido el sujeto buen resultado una primera vez. Se distingue el *neurasténico típico* por la ansiedad, por el estado panofóbico, por esa *emotividad difusa constituída* por un aspecto anormal de su vida de *permanente tensión afectiva* que estalla por *paroxismos*, sin motivo aparente y con ocasión de circunstancias accidentales, las más fútiles; por su *incapacidad de pensar*, su *abulia* y la persistente sensación de *dolor y presión* á la cabeza. Unas veces confundida con la *histeria* y otras con la *neurastenia*, es la *hipocondría*, otra afección frecuente en nuestro tiempo, y se nos muestra por cierta *debilidad de espíritu*, por los *temores*, por los *recelos* de grave enfermedad que el individuo experimenta, por sus *interpretaciones falsas* y *augurios pesimistas* de todas las sensaciones físicas, de todas las situaciones, á consecuencia todo ello de un grave *desorden mental*.

Por orden de frecuencia, la *neurastenia* es la predominante enfermedad de nuestro tiempo; sigue el *histerismo*, y la *hipocondría* se presenta menos veces que éstas; no obstante, es mucho más común hoy que en anteriores épocas.

*
* *

Llegados á este punto, nos preguntamos: ¿Caminamos todos los pueblos civilizados, visto el *creciente neurosismo* de nuestro tiempo, á la ruina final?

No es exclusivo el desmesurado desenvolvimiento de la *neurosi-*

*dad* de nuestros días, como antes decíamos; la ciencia nos ha ya demostrado que en épocas más ó menos lejanas tuvieron las enfermedades nerviosas sus períodos de recrudecimiento ó de desarrollo quizá mayor que en el tiempo presente, á la par que esos países afectados también de *neurosismo,* alcanzaban su más alto grado de cultura; y á pesar de ello, la humanidad todavía continúa sin haberse destruído ó aniquilado. Y si no, ¿qué debía ser de la antigua Roma bajo el Imperio, cuando al exorbitante lujo, á las refinadas costumbres y á la más espantosa crueldad, se unía el estado general de relativa cultura de aquellos tiempos? ¿Cómo no habían de obrar las luchas sin fin de los romanos sobre su sistema nervioso extremadamente excitado, extenuado por las influencias de toda naturaleza, en medio de las zambras y escándalos populares, llena aquella urbe inmensa de una multitud de gente loca, insensata y desenfrenada? ¿Qué influencia no ejercieron en la Edad Media entre las muchedumbres sus violentos hábitos y sus prácticas incultas, como sus largos períodos de exaltación religiosa? Es cierto que podemos calificar á nuestro tiempo de eminentemente nervioso; pero ¿no debíamos hacer lo propio con esa lejana época del más bello florecimiento del arte y de la cultura del espíritu en Grecia, mientras el sistema nervioso de los atenienses se agotaba, tanto por las vivas luchas políticas como por sus progresos y su insaciable sensualidad?

Todos hemos oído hablar de psicopatías que duraron siglos, de las epidemias convulsivas, de los extáticos de Vincennes, de las peregrinaciones infantiles, de los maldicientes de Cannes, del Tarantismo, de los contracturados de Saint-Medard, de las morbosas alegrías de las Cruzadas y del exagerado monaquismo del siglo XIV, seguras manifestaciones todos estos sucesos del profundo *enervamiento nervioso* de aquellas épocas.

Ha habido, pues, más estigmas reveladores en otros tiempos todavía que en el nuestro de un *neurosismo mayor*.

*
* *

De cuanto antecede se deduce que es necesario un sistema nervioso sano, vigoroso, y nosotros los médicos lo hemos de hacer. Conviene progreso en este sentido, pero verdadero progreso. Hay que buscar una existencia mucho más tranquila, más sosegada á los pueblos.

Si pudiéramos renunciar á todas las ventajas y adquisiciones de la vida moderna, procediendo todos como pocos años há recomendaba á sus fieles el paciente obispo de Wörisschoffen, desechando

de nuestra existencia toda labor intelectual enérgica, todas las pasiones y placeres de los sentidos, seguramente que la *neurosidad* de la época desaparecería; pero ¿quién de nosotros se atrevería á hacer tal sacrificio? Quien quiera abandonar la actividad de su espíritu, las conquistas científicas, los goces y refinamientos de nuestra civilizada vida, que lo haga, que llegará de este modo á tener una robusta naturaleza, un bien equilibrado espíritu, pasará un modo de vivir tranquilo y será normal su funcionamiento nervioso. Pero hoy, la lucha por la existencia no permite hacer esto más que al hombre libre, desligado por completo de la sociedad, de sus semejantes; mejor es que surjan otros procedimientos que los puestos en práctica ahora de instrucción, y otros medios de labor acomodados que hagan otros trabajadores del cerebro y otros obreros manuales. Consolémonos al ver esas robustas gentes del pueblo hacendado, pertenecientes al propietariado territorial, en las que todavía reposa el vigor de la raza, es decir, un fondo de *energía nerviosa íntegra,* intacta, de donde puedan surtir los sustitutos de esas muchedumbres débiles, enclenques, extenuadas por la *neuropatía,* á quienes el trabajo excesivo de su sistema nervioso ha vuelto impropias para la lucha.

No nos desesperancemos; afortunadamente, podemos contar con esta circunstancia: que le es factible á nuestro sistema nervioso adaptarse tanto á los exorbitantes esfuerzos de la inteligencia como á la acción, al influjo de infinidad de causas, de extraños elementos que en la actualidad nos rodean.

No sería muy difícil establecer las disposiciones para el trabajo físico y mental por métodos bien comprobados, acrisolados hasta cierto punto, perfectamente calculados, y una atenta observación de todas las circunstancias fisiológicas de los trabajadores intelectuales como de los de la labor manual.

Del mismo modo que se habitúan los sentidos á todas las impresiones, hasta á las causas externas más diversas, al punto de percibir lo inaccesible casi, también los centros cerebrales gradualmente se acostumbran á los agentes más variados, agentes que de continuo le excitan, como el ruido, la precipitación, el bullicio, la urgente diligencia, los sobresaltos, la agitación y sacudidas violentas de nuestra vida presente; todo lo que á diario nos afecta y parece nocivo, llega á hacérsenos habitual. Y el sistema nervioso entonces sabrá adaptarse, hasta cierto punto, á las exigencias de la moderna civilización, paralizando por el hábito la perniciosa influencia que trae ésta consigo.

Pero esto no basta. Relativamente á nuestros tiempos de cultura, y en virtud de las necesarias precauciones, debemos oponernos con

las medidas oportunas al progreso del *mal de la nervosidad,* salvando todas las ventajas de la civilización.

Esto se consigue mediante una *higiene especial del sistema nervioso,* ciencia que está todavía en embrión. La hoy tan floreciente *ciencia de la higiene general* no ha sabido ó no ha querido preocuparse de tan trascendente problema. Versada como está respecto de las medidas preventivas contra las epidemias, contra las infecciones y en la particular *higiene especial de las profesiones,* no ha tenido en cuenta lo más interesante.

Es cierto que el aumento del *neurosismo* proviene de los progresos de la vida moderna; pero, ¿qué vamos á hacer? ¿Retrogradar, tornar á la monótona vida de nuestros antepasados? Sería imposible llevar á cabo tal intento en la mayoría de personas.

Esa *higiene especial* desde luego debe dirigirse á los *cuidados físicos é intelectuales del niño* durante su primera edad, á la *educación é instrucción de la juventud en las escuelas, institutos y universidades.*

El primer requisito está en manos de la familia, en particular de la madre, que debe ser utilizado por una inteligente experiencia y un régimen puntualmente seguido, según las indicaciones del médico en cuanto concierne á la lactancia y funciones de nutrición. El ejercicio, el sueño, deben ser vigilados. Abstención de perjudiciales excitantes; vida, si es posible, al aire libre. Evitar todo trabajo intelectual precoz. La intervención de un médico especialista en familias *neuropáticas* será muy conveniente.

El importante asunto referente á la educación é instrucción de la juventud en la escuela está en manos de los pedagogos, como también en las del médico y de las demás personas cultas.

La *higiene escolar,* en el sentido más amplio de la palabra, debe perfeccionarse.

Es una indispensable condición para la cultura del espíritu la distracción, el oportuno descanso, porque el cerebro del niño adquiere por este medio las condiciones propias para su desenvolvimiento físico.

La principal circunstancia para la *higiene del sistema nervioso del niño* es, á no dudarlo, una *justa alternativa entre el trabajo y el juego.* Hay que hacer muchos sacrificios respecto de las favoritas inclinaciones del niño, lo cual debe llevarse á cabo después de una madura deliberación por hombres competentes, y previo el parecer preeminente del médico, que indicará la extensión y calidad de materias que haya de cursar.

Merced á la enérgica iniciativa de altos personajes y de probos capitalistas de naciones que marchan á la cabeza del progreso en

A todos los predispuestos á la *neuropatía* conviene sustraer de las condiciones sociales en que viven, y hacer que lleven una adecuada vida á la actividad mental de que disponen.

Los procedimientos de educación y de instrucción actualmente seguidos, son idénticos en un mismo medio é independientes de las energías físicas y psíquicas del niño. Ningún padre ó educador se preocupa en saber si es un niño apto para hacer frente á una su determinada de trabajo.

De este modo se extenúan y agotan organismos que hubieran podido ser útiles en cierta medida á la sociedad. Lo que contribuye á aumentar el número de deprimidos, de perniciosos y desesperados.

Cerebro, individuo y sociedad son tres términos cuyo dinamismo en la vida puede traducirse en un paralelismo maravilloso. Si investigamos las causas de la decadencia ó los desastres económicos ó morales de un individuo, de una familia ó de un país, é indagamos las circunstancias que los acompañaron, hallaremos en más de las dos terceras partes de los casos, como única responsable del desastre, la debilidad psíquica, la flaqueza espiritual.

Las naciones, al igual que los individuos, se fatigan, se agotan, enferman. Es un deber reconocer con tiempo las causas de los fenómenos sociales, é intervenir con medios oportunos. La vida de hoy se afirma en las victorias del trabajo bien entendido, ó se malogra en las espirales de un deseo impotente y estéril.

El día en que estén basadas la educación y la instrucción en principios pedagógicos y psicológicos definidos, evitaremos esa *fragilidad de espíritu,* esa *extenuación mental.*

Cuando no se induzcan al mismo fin sujetos de diferentes actividades psíquicas; cuando á cada uno se proporcione una acomodada vida á las facultades mentales de que dispone, se dará un gran paso en la profilaxia de la *nervosidad* de nuestra época.

Es conveniente, en fin, que la sociedad, como cada individuo, obre enérgica y decididamente contra esa ponzoña de nuestros días, la *neurosidad.* Estamos en el caso de conocer el mal y sus causas para poder preservarnos de sus estragos. Es de esperar que nuestras facultades de adaptación, nuestros progresos, nuestra civilización, la acción común ó aislada de las naciones contemporáneas, se opongan al colosal desarrollo de ese *neurosismo,* de ese *anormal estado* en que vivimos y que á todos nos amenaza, y haremos florecer una juventud lozana, vigorosa, una generación activa y menos nerviosa. ¿Se cumplirá todo ello? Es de esperar. La Historia nos enseña que en su incesante marcha la humanidad nunca ha dejado de conducirse bien, tratándose de asuntos tan trascendentales como el que nos ocupa. Problema colosal que á todos interesa, y creemos que no

smos progresos científicos harán cumplir á las sociedades moder-
s todas las sabias medidas aconsejadas contra el *neurosismo* de
estro tiempo.

---

## ALGUNOS APUNTES ACERCA DEL PRIMER CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE UROLOGÍA

**celebrado en París, del 30 de Septiembre al 3 de Octubre de 1908,**

POR EL DR. CARLOS NEGRETE

**Del Instituto Rubio.**

Durante los primeros días del mes de Octubre de 1907, tuve oca-
ɔn de asistir á una reunión preparatoria, celebrada en el Hospital
ɔcker, para sentar las bases y redactar los estatutos de la, enton-
s en proyecto, Asociación Internacional de Urología.

Justificando una vez más «Querer es poder», quedó constituída
Asociación, cuyos estatutos, en número de 14 artículos, se pueden
sumir en lo siguiente, dejando á un lado los que conciernen á la
.rte administrativa: «Queda constituída una Asociación Internacio-
.l de Urología, con domicilio social en París, y cuyo objeto es el
tudio de todas las cuestiones referentes á la Urología (Anatomía,
siología, Química, Patología médica y quirúrgica).

»La Asociación se reunirá en Congreso cada tres años, en una
udad designada por la Asamblea general, y bajo la presidencia de
ı miembro elegido por el Congreso precedente.

»Los trabajos del Congreso se limitan á la exposición resumida
á la discusión de las cuestiones puestas á la orden del día por el
ɔngreso precedente.

»El número de miembros de la Asociación es limitado, no pudien-
ɔ pertenecer á ella más que los propuestos por los Comités de los
ɜspectivos países y aprobados por el Comité Internacional, com-
ıesto de nombres tan prestigiosos como Guyon, Israel, Desnos y
asteau.»

Los miembros que representan á España en esta Asociación, son:
randa, de Jerez de la Frontera; Bartrina y Serrallach, de Barce-
na; Camino, de Bilbao; Peña, de Cádiz, Sarachaga, de Santander;
onzález Bravo, Cardenal, Lluria, Oroquieta, Pulido, Suárez de
ɛndoza y el que estas líneas escribe, de Madrid.

Las sesiones han tenido lugar en el anfiteatro grande de la Facul-
ıd de Medicina, siendo presidida la inaugural por Mr. Doumergue,
ıinistro de Instrucción Pública, en representación del Gobierno
e la República francesa.

Abierta la sesión, el ministro saludó al Congreso en nombre del Gobierno; dió la bienvenida á los miembros extranjeros, é insistió acerca del importantísimo papel que hoy representan estas reuniones científicas.

A seguida se yergue la venerable figura del gran Guyon, maestro sin par, del verdadero fundador y guía de la especialidad del hombre insigne á quien Francia debe parte de su gloria, Newker, su bien cimentada fama, y todos los demás países, sus especialistas, reflejos, al fin y al cabo, de los destellos de aquella privilegiada inteligencia, unida á una bondad sin límites y á una simpatía avasalladora.....

Avasalladora, sí; contemplad aquel cuerpo alto, aún no encorvado al peso de los años ni al continuado estudio; delgado, sin llegar á estar enjuto; correctamente vestido, atildado, limpio, luciendo en el ojal de la levita la roja cinta de la Legión de Honor; de faz sonrosada y encuadrada por cortas patillas blancas, mirada dulce, frente despejada, cabeza muy proporcionada, con no muy abundantes cabellos blancos, peinados hacia un lado; aquí tenéis, á vuelapluma y muy mal hecho, el retrato de este hombre insigne, que, aun que retirado de la vida oficial de la Facultad, continúa y continuará al pie del cañón, como vulgarmente se dice, hasta que el Supremo disponga, y mejor, cuanto más tarde.

Saludado por estruendosa salva de aplausos, comienza su discurso, cuyos principales pasajes permitidme que traduzca:

«Sr. Ministro. Señores:

»Permitidme, señor ministro, expresaros, en nombre de todos los miembros de la Asociación Internacional de Urología, el más profundo reconocimiento para el Gobierno de la República francesa. Grande es el honor que nos dispensa en el momento en que vamos comenzar nuestros trabajos, y grande nuestro orgullo al recibir del ministro de Instrucción Pública el estímulo más poderoso. Las palabras que acabáis de pronunciar, al mismo tiempo que consagran los esfuerzos realizados por cada uno de nosotros y nos llenan de esperanzas de ser útiles, nos obligan á continuar nuestra labor: el señor Presidente de la República, al concedernos el honor de ser representado en esta ceremonia, afirma una vez más su interés por la salud pública y se hace acreedor á nuestra gratitud sincera.....

»En la persona del profesor Israel, de Berlín, saludo á uno de los más eminentes cirujanos de nuestra época. Su notable participación en la cirugía urinaria y sus importantes publicaciones, han contribuído eficazmente al progreso. Los nombres de Albarrán, Posner, Watson, son igualmente garantías de la importancia del Congreso

»La aproximación intelectual que realizan las reuniones internacionales favorecen en alto grado los acuerdos y los pensamientos, y cuando, como la nuestra, su único objeto es llegar en lo posible á un conocimiento pronto y perfecto de la enfermedad para en seguida combatirla, según los métodos más seguros y más eficaces, hace á estas reuniones eminentemente cordiales y duraderas.

»Por esta razón vemos la multiplicidad de ocasiones que reúnen á los miembros de nuestra profesión en un terreno tan apropiado para poner á contribución las buenas voluntades. Aunque es cierto que, si como decía Pasteur, *la Ciencia no tiene patria, pero el sabio debe conservar la suya*, también lo es que cada uno debe aportar con entusiasmo su concurso al progreso común.....

»La llamada en sentido de la Urología ha tenido una acogida favorable, y esto es debido, no tan sólo á la gran influencia de las afecciones génito-urinarias en la salud, en la vida y en la imaginación humana, sino también á que los estudios que enseñan cuándo y cómo hay que obrar, son de los que demuestran mejor la necesidad de unión estrecha y permanente de la Medicina y la Cirugía en la humanitaria obra que les está encomendada.....

»Los resultados que de la exploración obtenemos son considerables; pero el juicio inmediato de los sentidos no basta á las exigencias de la práctica.

»La solidaridad del organismo y el aparato urinario, así como la de sus diferentes partes, dan por resultado importantes y complejas manifestaciones que no pueden ser comprendidas en su significación ni apreciadas en su valor si no se tiene la costumbre de relacionarlas con sus causas. Las modificaciones que la edad imprime; las debidas á ciertas enfermedades y á diferentes intoxicaciones; los fenómenos morbosos determinados por las auto-intoxicaciones que se producen cuando el riñón cumple mal su función; las ocasionadas por las frecuentes infecciones á que están expuestos unos órganos cuyo conducto exterior se abre en la superficie de los tegumentos; todo esto son conjunto de circunstancias que obligan á tener en cuenta, no sólo las lesiones, sino los trastornos funcionales que determinan.....

»El análisis clínico provee al laboratorio múltiples y muy importantes sujetos de estudio. El camino que conduce á rigurosos diagnósticos y buenas deducciones terapéuticas está claramente trazado; recorrerlo metódicamente con empeño y confianza es la labor de todos.....

»Queridos colegas: vuestros trabajos han dado á la ciencia y á la práctica urológica inmenso avance; vuestra unión asegurará á los enfermos que tratáis de curar, las garantías á que tienen dere-

cho por el perfeccionamiento metódico de cada una de las partes arte y de la ciencia médico-quirúrgicas.»

Terminado el discurso del Dr. Guyon, es concedida la palabra al profesor Israel, de Berlín, cuya definición, como hombre de ciencia, huelga por sobrado conocida; hombre alto, proporcionado, aspecto grave, mirada inteligente, larga barba blanca que llega á mitad del pecho, frente despejada, calvo, hacen un conjunto verdaderamente apostólico que produce grata impresión al contemplar.

Es su oratoria grave, reposada, tranquila, convincente, cualidades que corresponde á un verdadero sajón, y fué su discurso, aparte un justo homenaje á Guyon y á la Urología francesa, un canto á los progresos realizados en el transcurso de pocos años en los métodos de investigación y en la Cirugía urinaria, concluyéndole con estas frases:

«Señores: permitidme expresar mi convicción de que la Asociación Internacional de Urología se manifestará como obra doblemente civilizadora, aliviando á la humanidad que sufre y estrechando relaciones de simpatía entre los diversos pueblos.»

Con los discursos de los doctores Albarrán (presidente del Congreso) y Desnos (secretario general), se dió por terminada la parte oficial, digámoslo así, del Congreso, suspendiéndose durante unos minutos la sesión para comenzar la científica, bajo la presidencia de Albarrán. Las cuestiones señaladas para la discusión en este primer Congreso, fueron: «Patogenia y tratamiento de las anurias», «Retenciones vesicales sin obstáculo mecánico», «Fisiología normal y patológica de la próstata» é «Indicaciones operatorias en la tuberculosis renal».

Respecto al primer punto, fueron, á mi juicio, los mejores informes los de Watson, de Boston; Kummell, de Hamburgo, y Achard, de París, y del de este último entresaco las siguientes conclusiones: (Para estudiar en extenso los cuatro puntos, pueden consultarse los dos fascículos, que forman un conjunto de 400 páginas, publicados por la Asociación, en francés, inglés, alemán é italiano). Las anurias son excretorias y secretorias; las primeras son producidas por obstrucción calculosa ó compresión ureteral; si el obstáculo es unilateral, pueden sobrevenir trastornos secretorios del riñón sano por reflejo reno-renal; las segundas dependen de causas múltiples: estado de las paredes permeables, cualidades de la orina, estado de la sangre, de la circulación y del sistema nervioso. La mayor parte de las veces, el mecanismo de la anuria es complejo; en un mismo anúrico existen lesiones múltiples de riñón, antiguas y recientes, epiteliales, conjuntivas y vasculares.

El tratamiento de las anurias excretorias pertenece exclusivamente á la Cirugía.

El de las anurias de causa médica es tan complejo como su mecanismo: los diuréticos renales y la opoterapia son los principales estimulantes de los elementos secretores.

El tratamiento quirúrgico de las nefritis por la decapsulación y la nefrotomía, es tanto más oportuno cuanto las lesiones sean más recientes, siendo sus efectos complejos; no solamente suprime el exceso de tensión intra-renal y la estrangulación del órgano en su cápsula, sino que constituye una verdadera sangría del riñón y lo hace menos sensible á la vaso-constricción.

El segundo tema, «Retenciones de orina sin obstáculo mecánico», queda estudiado al detalle en un nutrido y bien documentado trabajo de Frankl-Hochwart, de Viena, y comprende tres partes: retenciones con obstáculo mecánico insuficiente (inhibición vesical en casos de estrechez y prostatitis y pequeñas hipertrofias); retenciones sin obstáculo y sin lesión de vejiga (retenciones médicas, debidas á intoxicaciones agudas ó crónicas, frecuentes en las fiebres eruptivas, disentería, reumatismo articular agudo, paludismo, difteria y, sobre todo, en la fiebre tifoidea); retenciones sin obstáculo mecánico, pero con lesiones de vejiga (debidos á lesiones de orden inflamatorio, degeneraciones, esclerosis hipertróficas y atróficas).

Á pesar de la extensión de esta división, hay hechos clínicos de etiología obscura que no encuadran dentro de los tres capítulos anteriores.

Por nuestra cuenta, podemos añadir que, así como hemos visto varios casos de falsas cistitis (digo falsas, por no residir las lesiones en la vejiga) dependientes de réflejos reno-vesicales por lesiones de riñón (hecho de observación frecuente en las nefroptosis, cálculos renales, etc.), hemos notado retenciones por las mismas causas, y claro es que, tanto en éstos como en los anteriores, hay que hacer intervenir al sistema nervioso como factor principal.

El informe del profesor Posner, de Berlín, acerca de la «Fisiología normal y patológica de la próstata», fué interesantísimo, y del siguiente extracto se puede juzgar. La próstata no tiene función única, y es, ante todo, un aparato de eyaculación: mezclándose con el esperma el jugo prostático, que contiene materias albuminosas y líquidas, lo fluidifican al mismo tiempo que aumenta y prolonga la fuerza vital del esperma.

Las relaciones particulares de compensación que existen entre la próstata, vesículas seminales y testículos demuestran que al lado de la secreción externa existe una interna. La ablación de la próstata tiene acción nociva sobre el testículo, deteniendo la esparmatogénesis; y hay más, la atrofia primitiva de la próstata puede determinar espermatismo.

A decir verdad, la importancia de la próstata no está completamente dilucidada; bajo el punto de vista filogenético, se debe considerar á la próstata y vesículas seminales como restos de órganos que en animales inferiores tienen una gran importancia.

Las «Indicaciones operatorias en la tuberculosis renal» están bajo la dependencia de otras cuestiones, que el Dr. Brongersma, de Amsterdam, ha planteado con mucho sentido práctico y clínico.

I. ¿Existe una tuberculosis primitiva del riñón, en el verdadero sentido de la palabra? Los casos publicados hasta ahora no resisten á la crítica seria.

II. ¿Qué vía sigue el virus tuberculoso para atacar el riñón? Ascendente, sanguínea y linfática.

III. ¿Es posible la curación espontánea de la tuberculosis renal diagnosticada clínicamente? Hoy por hoy, no se puede tener en cuenta en la práctica.

IV. En caso de tuberculosis renal diagnosticada unilateral, ¿hay probabilidad de que el otro riñón sufra una tuberculosis latente? La estadística responde negativamente.

V. A medida que las lesiones específicas progresan en el riñón enfermo, ¿aumentan las probabilidades de que el riñón sano se haga tuberculoso, y la extirpación del primero hace que disminuyan? La clínica, la autopsia y la estadística lo afirman.

VI. Operaciones que se practican en la tuberculosis renal é indicaciones:

*a*) Resección parcial, desechada por no saber si se ha extirpado todo lo enfermo.

*b*) Nefrotomía, indicada únicamente cuando el estado del enfermo no permite otra intervención más radical.

*c*) Nefrectomía, universalmente aceptada, salvo las siguientes contraindicaciones:

Bilateralidad de las lesiones.

Lesiones tuberculosas de otros órganos.

Mal estado general del enfermo.

Aun estas tres lo son de un modo relativo.

Como conclusión, podemos añadir, diciendo con Heresco: diagnóstico precoz y nefrectomía precoz.

En uno de los claustros de la Facultad de Medicina se celebró durante los días del Congreso una exposición de instrumental para vías urinarias, predominando entre las varias instalaciones las de Collin, Gentile, Porgés, Eynard, Gaillard, de París, y la de Loewenstein, de Berlín, notable por la variedad de cistoscopios que presentaba.

Que fuimos obsequiados y atendidos, no hay para qué decirlo, dada la amabilidad característica de nuestros vecinos.

El primer día de Congreso fuimos galantemente invitados á una artística velada por los señores de Albarrán, en cuya suntuosa morada de la rue Solferino se celebró. Muy agradables transcurrieron las horas en aquellos salones, cuyo principal ornato estaba constituído por hermosa y digna representación del bello sexo, y justo es consignar, en primer término, á la señora de Albarrán, cuya belleza y encantos naturales estaban realzados por una *toilette* elegantísima.

Distinguidos artistas de ópera hicieron nuestras delicias cantando escogidos trozos, y una *quadrille andaluza* llamó extraordinariamente la atención con sus cantos y bailes castizamente españoles.

Un espléndido y bien servido *buffet* consolaba los desfallecidos estómagos; á poco más de la media noche atravesábamos uno de los puentes del Sena, de regreso á nuestro hogar, llevando un recuerdo imborrable de la fiesta.

Nuestros colegas franceses nos obsequiaron otra noche con un banquete en los hermosos salones del Palais d'Orsay, y una recepción en el Hôtel de Ville y otra en el Elíseo, por invitación de M. y Mme. Fallières, fueron lo más saliente de los festejos.

El Comité francés de la Asociación, demostrando un amor sin límites á sus glorias y un exquisito gusto artístico, ha hecho una tirada de 325 ejemplares, numerados, y con el nombre de cada congresista, de un álbum que graciosamente nos fué distribuído, titulado: *La Chirurgie Urinaire en France d'après les documents originaux et les œuvres d'art du XIII^e au XIX^e siècle.*

Contiene veinticinco facsímiles de manuscritos, miniaturas, estampas y medallas, acompañados de descripción de las láminas, y precedidos de una introducción del Dr. Octave Pasteau.

Contiene igualmente catorce retratos de los siguientes operadores: Philippes Collot, operador para la extracción de la piedra; Frère Jacques de Bealieu, Claude Nicolas de Cat, Jean Baseilhac dit Frère Cosme, P. J. Desault, Joseph Souberbielle, Dupuytren, Leroy d'Etioles, Amussat, Civiale, Rayer, Maissonneuve, Mercier y Félix Guyon.

El próximo Congreso de la Asociación Internacional de Urología tendrá lugar en Londres el año 1911.

Madrid, Noviembre 1908.

# REVISTA DE ESPECIALIDADES

POR EL PROFESORADO DEL INSTITUTO RUBIO

## Anestesia.

**El balance del progreso en anestesia.** (*Semaine Médicale*, Octubre de 1908.)

El Dr. Lejars, en un notable trabajo analítico, pasa revista á los principales anestésicos, tanto locales como generales, enumerando sus ventajas é inconvenientes, y termina diciendo que prefiere el cloroformo á todos; pero que, sea cualquiera el anestésico que se aplique, debe ser hecho por personas educadas á propósito (especialistas), instruídas minuciosamente al efecto.

---

**Nuevo método de anestesia general por inyecciones intrarraquidianas.** (*Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, Octubre 1908.)

En la sesión del 6 de Octubre de la Academia de Medicina de París, el Dr. T. Jonnesco insistió sobre el hecho de que la raquianestesia es regional, y en que debe obtenerse por inyecciones raquidianas, practicadas al nivel de la región donde se va á operar. En 14 casos de raquianestesia media cervical y dorsal superior, sólo en uno, en el que se empleó la estovaina pura, hubo trastornos respiratorios graves. En dos, la combinación de la atropina y la estovaína produjo resultados satisfactorios, á pesar de algunos trastornos de la respiración. La combinación con la estricnina produce resultados notables, y con dosis relativamente mínimas de estovaína y de estricnina ha obtenido anestesias perfectas y durables sin incidente alguno alarmante.

DR. FERMÍN MARTÍNEZ SUÁREZ

## Ano é intestino grueso.

**El radium en el prurito de ano.** (*Tribune Médicale*, núm. 44.)

Los doctores de Beurman, Wickham y Degreis manifiestan haber obtenido resultados bastante lisonjeros con las radiaciones prudentemente dirigidas, consiguiendo la desaparición, en corto espacio de sesiones, tanto del picor como del dolor urente que suele acompañar á esta afección.

---

**Tumor tuberculoso estenosante del asa sigmoidea.** (*Semaine Médicale*, Septiembre 1908.)

Como quiera que el asa sigmoidea es un sitio de elección para el cáncer, es notable el caso publicado por el Dr. Böre, y que copiamos á continuación:

«Hombre de cincuenta años, vigoroso y de buen aspecto, que hace dos años pierde peso, sufre constipación y cólicos intermitentes. En la fosa ilíaca izquierda se nota un tumor duro, liso, del tamaño de una nuez, fijo y moderadamente sensible al tacto. La introducción del rectoscopio se hace imposible á causa del dolor que provoca. Se hace el diagnóstico de cáncer y se procede á la operación. Incisión paralela á la arcada crural izquierda, en la mitad del asa sigmoidea, se encuentra un tumor, del volumen de un huevo de gallina, adherente al peritoneo parietal y formando cuerpo con el intestino; liberada, se saca el exterior y se suturan el intestino en cañón de escopeta, y luego toda la circunferencia al peritoneo parietal. Cinco días después, se reseca el neoplasma con el trozo de intestino y se reúne éste por una enterorráfica circular. Efecto de escapar un punto, el enfermo queda con una fístula estercorácea, de la cual se opera nueve meses después, quedando completamente curado. En este lapso de tiempo, su peso había aumentado doce kilos.

El examen histológico demostró se trataba de un tumor tuberculoso con numerosos bacilos de Koch.

---

**Cáncer primitivo del apéndice.** (*Revista de Medicina y Cirugía prácticas.* Sociedad de Cirugía de París. Septiembre 1908.)

El Dr. Potherat refiere el caso de un hombre de cincuenta años, que padecía crisis dolorosas, que se suponían debidas á una apendicitis.

En la operación se encontró por detrás del ciego el apéndice, de 12 centímetros de largo, y englobado en una masa dura que penetraba en el espesor del músculo ilíaco, en cuyo centro había pus, mezclado á un líquido de apariencia mixomotosa; la curación fué normal después de la resección del apéndice y ablación de la masa. El examen microscópico demostró se trataba de un cáncer primitivo del apéndice.

---

**Combinación de actinomicosis y adeno-carcinoma del intestino grueso.** (*Semaine Médicale*, Setiembre 1908.)

M. Burckhardt describe el siguiente caso:

Mujer de treinta y ocho años, que hacía tiempo adelgazaba y sufría de dolores abdominales, imputados á litiasis renal. A su ingre-

so en el hospital tenía fiebre. Del reconocimiento, se notó en el flanco derecho un tumor que, partiendo de le espina ilíaca, se perdía en las falsas costillas y llegaba hasta tres traveses del dedo del ombligo (de superficie desigual), poco movible y dolorosa á la presión. Dentro de este tumor se siente un segundo, vertical, movible, semejante á un asa intestinal. En la ablaión se encontró un tumor que hacía cuerpo con el intestino, y con adherencias al polo inferior del riñón y un poco al bazo. Para su extirpación hubo que sacrificar el asa intestinal, que fué restablecida por entero-anastomosis circular. A pesar de una pequeña fístula estercorácea, la enferma curó completamente.

El examen histológico manifestó se trataba de un adeno-carcinoma, complicado con focos supuratorios de actinomicosis.

DR. MARTÍNEZ SUÁREZ

## Cirugia del aparato digestivo.

**Gastritis flegmonosa supurada,** por Wesley Bovée. (*The Asur, Dour. af the med. sciences*, Mayo 1908.—*Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, Septiembre 1908.)

Después de numerosas investigaciones bibliográficas, ha conseguido reunir 75 casos de esta afección, cuya primera descripción es atribuída por unos á Varandeus, en 1620, y por otros á Borel, en 1656.

Su denominación varía según los autores: Dittrich, Klebs y otros la han llamado gastritis aguda supurada, gastritis submucosa; Lebert y Bamberger, gastritis flegmonosa ó flemón del estómago; Brinton, linitis plástica y supurada; Duvray, gastritis intersticial supurada; Krause, flemón supurado submucoso; Mayo Robson et Moynihan, gastritis flegmonosa. Estos han reunido 85 casos, pero según Bovée, sólo 63 de ellos fueron de gastritis supurada.

Bajo el punto de vista anatómico, existen dos variedades: la circunscrita y la difusa. El principal carácter es el espesamiento considerable de las paredes del estómago, que puede alcanzar y aun pasar de dos centímetros, y que llega á su máximum al nivel del píloro. Sobre la mucosa se encuentran zonas de necrosis, petequias y á veces aberturitas en forma de cráteres, por las que se ve salir pus. La submucosa es el asiento principal de la infiltración purulenta, localizada ó difusa, la cual no tarda en invadir la túnica mucosa y aun la serosa. El peritoneo ya se defiende creando adherencias, ya se perfora con peritonitis mortal. El proceso supurativo es generalmente rápido y las adherencias no tienen tiempo de for-

marse. Se han observado en el espesor de la pared gástrica verdaderas colecciones purulentas, que pueden, abriéndose en el estómago, ser arrojadas al exterior en forma de vómito ó de pus ó en cámaras purulentas (caso de Callow). Se han comprobado igualmente trombosis de las venas del estómago, del hígado, pulmones y á veces pleuresía aguda.

La afección puede comenzar bruscamente, en plena salud, que es lo más frecuente, ó bien sobrevenir en el curso de una infección general lenta ó rápida, por metastasis, ó á consecuencia de un traumatismo antiguo ó reciente en la región epigástrica. No es raro observarla durante la evolución de neoplasmas del estómago ó del esófago. Por último, se halla con frecuencia en los alcohólicos (29 por 100 de los casos). Es más común en el hombre, y en la estadística de Leube figuran 5 mujeres sobre 29 casos, ó sea el 20 por 100.

La edad parece tener influencia muy restringida. El caso más precoz es el de una muchacha de diez años (Hun, Leith); de 65 casos, 5 tenían de diez á veinte años, 18 entre veinte y treinta, 10 entre treinta y cuarenta, 13 entre cuarenta y cincuenta, 7 entre cincuenta y sesenta, 7 entre sesenta y setenta y 4 entre setenta y ochenta. El máximum de frecuencia coincide con la edad media de la vida (veinte á cincuenta años); pero la afección, como lo ha hecho notar Glux, es todavía relativamente frecuente entre setenta y setenta y cinco años.

Es difícil saber, en los casos de gastritis en apariencia idiopática, si la infección se efectúa por la mucosa ó por los vasos sanguíneos. El agente microbiano encontrado con más frecuencia es el estreptococo solo ó asociado, hasta el punto que algunos autores consideran la afección como una erisipela gástrica.

El cuadro clínico difiere según las formas. En la difusa, el comienzo es brusco y violento, lo que hace pensar siempre en una indigestión grave ó una gastritis aguda, sobrevenida habitualmente en comilones, y caracterizada por dolor intenso en la parte superior del abdomen y vómitos de alimentos mal digeridos y bilis. Con frecuencia hay diarrea, á la que sigue extrañimiento, fiebre, escalofríos, meteorismo, hambre, sed y más tarde delirio, que acaba en el coma y muerte en dos días. El dolor ha sido observado en 75 por 100 de los casos, exagerándose por la presión. Los vómitos son casi constantes y repetidos; se han observado, pero raramente (dos casos), vómitos de pus. La ictericia se presentó en la sexta parte de los casos reunidos por Leith. La temperatura se eleva y el pulso se hace filiforme.

En la forma circunscrita, los síntomas son casi los mismos, pero la enfermedad evoluciona con más lentitud y el enfermo llega á

extremo adelgazamiento. En ciertos casos, la palpación epigástrica ha permitido apreciar una tumoración profunda. Abandonada á sí mismo la dolencia, termina casi siempre por la muerte.

El diagnóstico está lleno de dificultades. Cuando el cuadro clínico es completo y, sobre todo, cuando hay vómitos purulentos, se debe pensar en la gastritis flegmonosa.

El pronóstico es muy grave, en particular en la forma difusa, y no se conocen más que dos casos de curación. En la circunscrita, esto es menos raro, y va con preferencia seguida de la abertura espontánea de la colección en el estómago.

Según Bovée, no existe más caso operado que el suyo. Los relatados por Leitte, Mayo Robson y Moynihan, no son de gastritis. Teóricamente, estos autores aconsejan la gastrostomía ó la gastro-enterestomía en la forma difusa y la abertura con desagüe del absceso en la circunscrita. He aquí extractado el interesante caso de Bovée: «Mujer de treinta y seis años, conducida al Hospital urgentemente el 6 de Octubre de 1907, después de tener la noche anterior vivos dolores en el epigastrio, seguidos casi inmediatamente de vómitos, con extreñimiento tenaz, invencible por lavativas y purgantes. El útero alcanzaba, poco más ó menos, el nivel del ombligo. La laparotomía media descubrió el estómago con paredes considerablemente espesadas en la gran curvadura. No lejos del píloro, una masa, del volumen de un puño de adulto, comprimía el orificio, puesto que, abierto el estómago, el píloro no admitía más que el paso del dedo meñique. La mucosa gástrica estaba sana. Después de haber protegido el peritoneo vecino, incindió la masa de la pared anterior del estómago y se encontró era una colección de 70 á 90 gramos de pus, siendo evacuada y desaguada. Durante veintiún días se alimentó la enferma con lavativas, y desde el cincuenta fué autorizada á beber; tenía sed intensa, que las lavativas ni las inyecciones subcutáneas de suero artificial conseguían calmar. Abortó el octavo día, por lo que se desuturó la herida abdominal, infectada, además; finalizando por curar la enferma.

Dr. R. L. y Yagüe

## Cirugía infantil.

**Los hidroceles en el niño**, por Monnier. *(Concours médical*, 1907, p. 745.)

Los hidroceles del niño pueden ser clasificados en dos categorías: los hidroceles de la vaginal, y los hidroceles enquistados del conducto peritoneo-vaginal, ó quistes del cordón.

Los hidroceles libres de la vaginal, que se encuentran, sobre todo en los recién nacidos, poco después del nacimiento, desapare-

cen en general por reabsorción, después de una ó dos semanas de la aplicación de compresas empapadas en una solución saturada de clorhidrato de amoníaco, de ordinario bien soportada por la piel del escroto.

En los niños de más edad, el hidrocele vaginal presenta frecuentemente un volumen bastante considerable; desde el punto de vista del tratamiento, debe ser considerado como un quiste del cordón.

Los quistes del cordón, que no pasan del tamaño de una avellana gruesa, deben ser tratados por la punción con una aguja de Pravaz, sin aspiración; se inyectan en seguida de 5 á 20 gotas de alcohol de 90°, y se tapa el orificio con colodión. Debe cerciorarse antes el médico de que no existe comunicación con la cavidad peritoneal. Esta punción, seguida de inyección, se renueva cada ocho días, y la curación se obtiene á la tercera ó cuarta sesión.

La punción con un trócar, seguida de cauterización con nitrato de plata fundido, deslizado á lo largo de la sonda acanalada, no debe emplearse; la reacción es violenta y obliga al enfermo á guardar cama.

Los quistes de un volumen superior al de los precedentes deben ser disecados y extirpados. Es bueno resecar los vestigios del conducto peritoneo-vaginal después de su ligadura, tan alto como sea posible, cerrando con catgut el orificio inguinal, para suprimir todo peligro de hernia ulterior.

En los casos de hidrocele vaginal muy voluminoso, ascendiendo hasta el canal inguinal, se diseca, se abre y se reseca la porción inguinal, cerrando igualmente el orificio inguinal, como hemos dicho anteriormente. La porción escrotal de la vaginal se sutura en bolsa para reconstituir una vaginal normal.

---

**Imperforación de ano.—Operación.—Curación,** por Frournier. (*Bull. Société d'Obstetrique*, 16 Abril 1908.)

El autor refiere la observación de un niño de dos días, que operó de urgencia á causa de una imperforación de ano. No existía más que una pequeña depresión á nivel de la región anal. La incisión no permitió descubrir al pronto el intestino; fué necesario buscarle en el espesor del periné, y disecar los tejidos en una altura de 5 á 6 centímetros; se cayó, por fin, sobre una ampolla grisácea, que fué reconocida como la S ilíaca, y se saturó con la piel.

El niño, en la actualidad, cuenta tres meses de edad, y disfruta buena salud. El buen resultado de la operación conviene consignarse, porque, de ordinario, en los casos publicados de este género, sobreviene la muerte algunos días después de la intervención.

---

**La raquiestovainización en el niño.** por Gautier. (*Bull. Soc. de Méd. du Nort*, 14 Febrero 1908.)

Las observacioues del autor se refieren á 24 casos de anestesia lumbar en el niño, de siete á doce años de edad.

La dosis de un centigramo ha producido una anestesia completa de los miembros inferiores; han sido necesarios dos centigramos para las intervenciones, llevadas á cabo sobre la pared abdominal. La anestesia no se obtiene sino al cabo de diez minutos, y se ha prolongado bastante para impedir el dolor todo el tiempo que ha durado la intervención.

Es preciso impedir que el niño vea el campo operatorio para no asustarle, y guardar el más profundo silencio.

Las ventajas son las de la anestesia raquidiana en general; es decir, la disminución de choc, la de permitir la alimentación inmediata y la supresión de los vómitos clorofórmicos.

DR. PABLO LOZANO

## Medicina del aparato digestivo.

**El pronóstico de la aerofagia en los dispépticos,** por los doctores Enriquez y Binet. (*Archives des Maladies de l'Appareil Digestif et de la Nutrition.* Octubre 1908.)

La aerofagia, síntoma frecuente en los gastrópatas, es hoy, gracias á los trabajos de Bouveret, Pitnes, Mathieu, Soupauld, Linossier, etc., perfectamente conocida en su totalidad. Pero mientras se han fijado de modo definitivo los diferentes mecanismos de su producción, y se han estudiado con cuidado sus diversas modalidades clínicas, se ha prestado menos atención al pronóstico de este síndrome. Ahora bien; por lo mismo que la aerofagia es muy frecuente, merece muy en particular ser estudiada desde este punto de vista.

Esta afección no tiene pronóstico idéntico en todos los casos. Y teniendo en cuenta la multiplicidad de formas clínicas que reviste, se comprende la dificultad, tanto teórica como práctica, que se encuentra en el estudio del de cada uno de los casos observados. Sin embargo, no es exagerado pretender que, á falta de datos pronósticos precisos, se puede medir su gravedad, dentro de los límites peculiares á la clínica, sirviéndose de ciertos elementos, fáciles de obtener por un examen atento.

Parece natural distinguir en la aerofagia dos grandes grupos, según el mecanismo de la penetración del aire en la parte superior del tubo digestivo, ya sea por deglución ó por aspiración. Cada una de estas formas patogénicas tiene pronóstico diferente.

En la aerofagia por deglución, el pronóstico está subordinado á la cantidad de aire introducido en el estómago. Reducido generalmente á proporciones moderadas, este modo de penetración no es incompatible con la tolerancia de ligeros síntomas de dispepsia. Es preciso no olvidar que cierta cantidad de aire es indispensable para asegurar la tensión intragástrica fisiológica. Rara vez la aerofagia por deglución es suficientemente intensa para llegar á producir crisis paroxísticas. En suma: el pronóstico de la aerofagía por deglución es siempre relativamente benigno.

La aerofagia por aspiración presenta un aspecto clínico completamente distinto, y determina con frecuencia gran intolerancia gástrica. Chatin y Tremblay han demostrado por trazados gráficos la exactitud de este mecanismo de aspiración; la contracción simultánea de todos los músculos inspiradores, estando cerrada la glotis, determina un vacío relativo en la caja torácica, á favor del cual el aire aspirado penetra en el esófago, y secundariamente en el estómago. La devolución del aire constituye un segundo tiempo, durante el cual se produce á la vez una contracción de los músculos abdominales y un esfuerzo de espiración que comprimen el estómago y el esófago. Esto es en definitiva un mecanismo que se aproxima al del vómito, y es en todo análogo al del mericismo, bien estudiado por Lemoine y Linossier. Ahora bien; el interés pronóstico de esta variedad de aerofagia por aspiración reside por completo en su gran intensidad y persistencia habituales. La aspiración incesante no tarda en arrastrar hacia el esófago, al mismo tiempo que el aire, la saliva y el moco, que provoca vómitos pituitosos, tan frecuentes en los dispépticos. La repetición de estos vómitos puede conducir, en ciertos casos, á verdadero estado de inanición (Bouveret, Soupault). Se comprende en estas condiciones la gravedad especial que tiene algunas veces la aerofagia por aspiración, sobre todo si se la compara con la inocuidad relativa de la variedad por deglución.

Sin embargo, ya se trate de una ú otra, la cantidad de aire deglutida ó aspirada es más ó menos fácilmente tolerada según el estado de *tonicidad de la pared gástrica* misma, y esto es un nuevo elemento de pronóstico. La tolerancia de la aerofagia está en razón inversa de la capacidad del estómago. A estómago grande, mejor tolerancia. En un estómago pequeño se tolera con menos facilidad la sobrecarga de aire.

La gravedad de la aerofagia está subordinada, entre otras cosas, al estado de los órganos torácicos. La distensión gaseosa de la cavidad estomacal, producida por degluciones de aire renovadas con frecuencia, rechaza hacia arriba el diafragma y disminuye, por consecuencia, la capacidad del tórax. Las afecciones pulmonares,

tales como el asma y el enfisema, cuya perfecta tolerancia exige el máximum de ampliación torácica, encuentran en la aerofagia una causa de gravedad.

El elemento primordial del pronóstico de la aerofagia reside en el estado nervioso del enfermo. Y bajo este punto de vista existen dos categorías de aerófagos bien distintas: los curables y los que no llegan nunca á la curación.

Si la aerofagia se presenta en un neurópata incapaz de esfuerzo sostenido, la curación será imposible de obtener, aun cuando el enfermo llegara á comprender el mecanismo por el cual entretiene ó agrava su mal. En este caso el tic aerofágico aumenta de frecuencia y de intensidad, y esto con gusto suyo. Estos enfermos son los incurables que devuelven aire á toda hora del día, por la noche cuando se despiertan, y que, finalmente, sea porque aborrecen la alimentación, sea por los vómitos incoercibles, no tardan en caer en la inanición. Son, por fortuna, relativamente raros. Muchos más numerosos son los aerófagos que se pueden curar, ó por lo menos mejorar, de manera notable. Para llegar á resultado apreciable y duradero, es absolutamente preciso que el enfermo se dé cuenta del mecanismo de su mal y de su participación personal en la producción ó agravación de las perturbaciones dispépticas que siente. Es necesario, además, para que llegue á luchar con éxito, que esté dotado de gran fuerza de voluntad. Estas diferentes condiciones indican la parte considerable que tiene el coeficiente nervioso del enfermo en el pronóstico de la aerofagia.

DR. LÓPEZ CAMPELLO

## Medicina interna.

**La inmunidad y la anestesia general,** por A. H. Zimin (Tomsk Bacteriogical Institute. Rusia).

Platania, Klem y Cogswell han demostrado hace tiempo la influencia, altamente debilitante, de la anestesia sobre los animales. Perros inoculados de diferentes enfermedades morían al anestesiarlos, mientras que otros testigos sobrellevaban mucho mejor la narcosis. Bunge probó que la inmunidad contra la difteria disminuía notablemente, sometiendo los animales preparados á la acción del éter ó del cloroformo. Rubin enseñó en 1898 el desfavorable efecto de las inyecciones de éter sobre las infecciones de los animales. Zimin ha estudiado el efecto de la anestesia sobre gallinas inoculadas con el bacillus proteus vulgaris.

En animales testigos se vió en el exudado peritoneal abundante

cantidad de fagocitos á las veinticuatro ó treinta y seis horas de la inyección. En los que se sometieron á la anestesia se observó una disminución notable en la fagocitosis, muriendo la mitad próximamente como consecuencia de los efectos del cloroformo. Las células multinucleares eran muy poco numerosas en el exudado de los animales anestesiados, mientras que el índice facocítico en los testigos fué constantemente elevado. Estudiando el efecto de la anestesia sobre el poder bactericida de los humores en conejos, pudo observarse una cierta disminución de dicha propiedad en los animales anestesiados, pero en realidad no tan marcada como en las pruebas anteriores. Sin embargo, no hay que olvidar que en estos casos se trataba de animales perfectamente sanos, y es lógico suponer que la disminución en las defensas orgánicas producidas por la acción de los anestésicos ha de ser más graduada en condiciones patológicas. El retraso ó la detención del complicado proceso de la inmunidad es, pues, de temer cuando es preciso recurrir al empleo del éter ó del cloroformo.

---

**Las inhalaciones de creosota en la tuberculosis,** por el Dr. Beverley Bobinson. (*American Journal of the Médical Sciences.*)

Desde el año 1885 viene llamando la atención el autor acerca de las inhalaciones de creosota, no solamente en la tuberculosis laríngea, sino en su localización pulmonar. Las inhalaciones se practican por medio de una mascarilla de zinc perforada. La almohadilla de dicha máscara está humedecida con creosota pura de madera de haya y alcohol. En los casos en que dicha mezcla resulte irritante para las vías aéreas superiores, se le añaden unas gotas de cloroformo. Después de una experiencia de veinticinco años, el autor se muestra muy satisfecho de este método, que es también empleado con notables resultados por el Dr. Austin Flint, de Londres.

Se ha objetado á este tratamiento, que el vapor medicamentoso no puede penetrar hasta los mismos alvéolos y ponerse en contacto con el foco patológico; pero aunque así sea, es evidente que el medicamento puede llegar al pulmón por medio de la corriente sanguínea. El Dr. Robinson cree firmemente que la administración de la creosota por inhalación es mucho más preferible que las otras vías de introducción empleadas. Los resultados obtenidos por él y otros que han empleado este mismo remedio, entiende el autor son dignos de llamar la atención de los tisioterapeutas. Merece la pena hacer nuevos ensayos de este método, cuando tantos otros, menos inofensivos, se experimentan para abandonarlos después.

---

**La tuberculosis y la cloroformización**, por F. Combemale. *(L' Echo Médical du Nord*, 23 Aout, 1908.)

El autor sostiene que la cloroformización obra á la manera de un traumatismo importante, agravando las consecuencias de las intervenciones operatorias en los tuberculosos. Una cloroformización de una hora equivale á una sangría de un litro. La cloroformización produce una disminución de glóbulos blancos y de hematíes, especialmente de los primeros. La disminución globular varía según los sujetos, y está en directa relación con la duración de la anestesia y con la cantidad de cloroformo empleado.

**Sobre algunas nuevas teorías de la inmunidad**, por el profesor Floriano Brazzola. (R. Academia delle Scienzi dell'Instituto di Bologna; sesión del 24 de Mayo 1908.)

El Dr. Brazzola da cuenta de las teorías sobre agresinas y opsoninas, de las que dice cabe esperar muchas aplicaciones á la profilaxis y terapéutica de las enfermedades infecciosas. Según la primera teoría, el microorganismo patógeno tiene la propiedad de provocar en el organismo animal una sustancia, la agresina, que constituye un excelente material para la inmunización activa. En los animales tratados por las agresinas se forman antiagresinas, las cuales poseen un gran poder profiláctico. Según la segunda teoría, las opsoninas tienen por principal objeto preparar á las bacterias para sufrir la acción fagocitaria. La fagocitosis depende del plasma sanguíneo, y los fagocitos no pueden cumplir sus funciones si se les separa de dicho plasma. Las opsoninas tienen una acción preventiva y curativa. De los trabajos del autor sobre estas cuestiones, en la infección del paratifus B y en el cólera de los cerdos, se deduce que cuando se obtiene en los animales, mediante el tratamiento apropiado, la producción de antiagresinas, éstas se muestran, para ciertas infecciones al menos, con un alto poder preventivo, y que, respecto á las opsoninas, son específicas en primer lugar; después se ofrecen con propiedades distintas de los otros anticuerpos, precipitina, aglutinina, etc.; por último, poseen una franca acción profiláctica, y para determinadas infecciones, hasta curativa.

Dr. A. Mut

## Medicina legal.

**Sur les devoirs particuliers qui incombent au médecin légiste,** por el profesor G. Sarda. De la Leçon-Programme du cours de Médecine légale de la F. de Montpellier, 1908. (*Le Courrier Médical*, dirigido por Destouches, 5 Noviembre 1908.)

Algunos creen que el médico-legista goza de ventajas considerables, y grande es su error, dice Sarda, puesto que los beneficios materiales á que hacen alusión son casi irrisorios. En cambio, los *peligros*, no hay exageración en la palabra, son numerosos. Recordaremos ciertos exámenes nada agradables, la exposición á infecciones é intoxicaciones, y el autor insiste principalmente sobre los peligros, á la vez materiales y morales, que amenazan al médico-legista.

Ciertos clientes manifiestan repugnancia á dejarse cuidar por médicos que hacen autopsias; además, ciertos compañeros insinúan que el médico-legista no hace clientela y que los peritajes enriquecen; «adivináis fácilmente cuál es el objeto y el resultado de este buen oficio de confraternidad».

El segundo peligro, moral, es mucho más grave. Un perito no debe tomar parte ni para la acusación ni para la defensa; sólo la verdad le preocupa, sólo el amor á la equidad le guía. Debe librarse á las sugestiones, ignorar las discusiones y las polémicas; respeta todas las opiniones y todas las creencias, no tiene aversión más que para la hipocresía. No pregunta—continúa Sarda—si sus conclusiones son favorables ó desfavorables á un amigo ó á un adversario. La imparcialidad más absoluta es su regla constante.

El público lee con avidez las descripciones periodísticas de los procesos criminales; se apasiona demasiado y juzga, creyéndose infalible, las opiniones de los expertos. Y si, por desgracia, un médico-legista da su opinión en un proceso donde están en juego grandes intereses y las más exaltadas pasiones, sólo esto basta en ocasiones para que una reputación de hombre honrado, sin mancha, sea arrollada y su nombre calumniado, injuriado con el más cruel de los ensañamientos. Esta situación, dice Sarda, puede prolongarse cuando la instrucción judicial es secreta y el debate ante los tribunales es suprimido. «Ser insultado, no responder; dejar la injuria impune; perder los clientes y las amistades; verse sospechado de infamia y no justificarse; ver en algunos meses, bajo el choque del odio y de la venganza irrazonadas, estallarse una posición adquirida por una labor constante, honrada, desinteresada; tal puede ser el resultado de lo que no es, en suma, más que una sencilla *sucesión de hechos*. Esta situación es, desde hace un año, la nuestra. Pero las pasiones son ciegas, y nosotros somos conscientes. Somos de los que no buscan

en el ejercicio de la profesión nada más que los beneficios que puede procurar. Tenemos fe en la justicia inmanente. Tenemos, para consolar nuestro corazón y fortalecer nuestro valor, la estimación de gentes honradas que nos conocen, la satisfacción del deber realizado, el orgullo de nuestra independencia, la legítima fiereza de haber preferido á nuestro reposo, á nuestro bienestar, á los elogios inmerecidos, el derecho de decir: se ha salvado el honor.

»Los dolores, como las alegrías, son pasajeros. Un día llega, tarde ó temprano, en que los odios se apaciguan, en que la calumnia cesa de babear su veneno, en que la fría razón juzga con imparcialidad, en que la buena fe triunfa, en que la verdad sale radiante de sus cisternas. Entonces el médico-legista sacude con gesto rápido la podredumbre de injurias con que se le ha cubierto; olvida sus sufrimientos; cura sus heridas valerosamente recibidas; continúa con paso seguro su camino hacia lo verdadero, lo recto, lo justo; sueña en la obra fecunda del mañana, que debe extender el campo de sus conocimientos. *Labor omnia vincit improbus.*»—G. SARDA.

---

**Le granulazioni basofile degli eritrociti nell'asfissia,** por A. Ascarelli. *Società di Medicina legale in Roma*, presidida por el profesor S. Ottolenghi. 15 Julio 1908.

Ascarelli ha estudiado un gran número de preparados de sangre de perros muertos por sumersión y también por colgamiento; ha usufructuado dichos preparados, obtenidos con los colores básicos de anilina para ver si en las asfixias se encuentran hematíes punteados. Los resultados fueron positivos; las granulaciones basiófilas eran más frecuentes en los animales ahogados. En la actualidad, Ascarelli continúa sus experimentos para probar si las granulaciones basiófilas de los hematíes se encuentran en todas las formas de asfixia mecánica y el grado de intensidad del fenómeno entre asfixia y asfixia.

---

**Variazioni viscosimetriche e crioscopiche del sangue nell'annegamento sperimentale,** por R. Magnamani. (*Soc. di Medicina legale in Roma*, 15 Julio 1908.)

Magnamani, fundado en sus experimentos sobre la muerte por sumersión, y valiéndose del método viscosimétrico y crioscópico, ha podido demostrar que la penetración del agua en el círculo se manifiesta ya á los 90″ después de la iniciación del ahogamiento, y continúa hasta en la muerte. Es inexacta la opinión de los que creen que la igual concentración de la sangre en las dos mitades cardíacas, que á veces se observa en el ahogamiento (animales cloroformizados),

depende de la persistencia de la circulación en una fase en que se encuentra ya extinguido el poder de absorción del pulmón, puesto que la sangre contenida en las venas de la circulación mayor es notablemente más concentrada que la del ventrículo derecho. Por lo tanto, la dilución de la sangre en este órgano tiene lugar independientemente de la gran circulación, por un mecanismo distinto, todavía no bien dilucidado.

Con motivo de esta comunicación intervino el profesor Ascarelli. Este autor ha observado en la muerte por ahogamiento que la modificación que sufre la sangre del ventrículo derecho y la de las venas no corresponden; esto confirma la hipótesis de Magnamani.

ANTONIO LECHA-MARZO
Del Laboratorio de Medicina legal de la Facultad de Valladolid.

## Neurología y Electroterapia.

**Á qué debe atribuirse el olor que toma el aire bajo la influencia de las radiaciones ultra-violeta,** por los doctores Bordier y Nogier. (*Archives d'Electricité médicale*, núm. 247, Octubre 1908.)

El aire iluminado por la lámpara de vapor de mercurio y cuarzo (lámpara de Kromayer), toma en seguida un olor especial que ha sido atribuído por algunos, principalmente por los autores alemanes (1), al ozono formado bajo la influencia de las radiaciones ultravioleta emitidas en gran cantidad por dicha lámpara.

Los autores habían demostrado ya, en Abril de este año, que dicho olor no debía depender del ozono, pues en sus análisis sobre el agua de lavado del aire no pudieron encontrar vestigios de este gas. Para confirmar con nuevas pruebas el resultado de sus primeras experiencias han tenido la idea de reemplazar el aire por otros gases que no contienen nada de oxígeno, y en los cuales, por lo tanto, no puede tener lugar la formación del ozono: estos gases han sido el anhidrido carbónico y el ázoe. Por medio de un ingenioso y sencillo mecanismo se desprende el gas por un tubo de cristal, después de haber recibido la influencia de las radiaciones de la lámpara; y aplicando la nariz á la boca de dicho tubo, se percibe el olor fosforado especial, y queda así demostrado de nuevo que el referido olor no es debido al ozono. ¿A qué se debe, pues, este olor especial? En una comunicación á la Sociedad Médica de los hospitales de Lyón,

(1) *Fischer et Brahmer.* Ueber die Bildung des Ozons durch ultra-violettes. Licht. Physik. Zeits., 1905.)

los autores emitieron la hipótesis de que este olor podía resultar de una excitación de los filetes nerviosos olfatorios por las cargas eléctricas, debidas á la ionización por las radiaciones ultra-violeta. Hoy han podido convertir esta hipótesis en una verdad, perfectamente patentizada por sus ingeniosísimos experimentos.

Lenard descubrió en 1900 la propiedad que posee el aire de hacerse conductor de la electricidad bajo la acción de la luz ultra-violeta: los iones positivos formados tienen una escasa movilidad, mientras que los negativos son muy movibles. Desde entonces los físicos han atribuído la conductibilidad observada en estas condiciones al polvo foto-eléctrico en suspensión en el gas; este polvo se carga positivamente, y abandonando al gas corpúsculos negativos, da orígen á iones de igual nombre.

No es, pues, dudoso para los autores que las cargas eléctricas que se forman bajo la influencia de las radiaciones ultra-violeta, arrastradas con el aire aspirado y puestas en contacto con las terminaciones olfatorias, son suficientes á producir la excitación de las mismas; y como la excitación de un nervio de sensibilidad especial no puede traducirse sino de una sola manera, es decir, que el nervio excitado responde sólo proporcionando la sensación á cuya percepción se halla destinado, en el caso del nervio olfatorio la excitación se traduce por una sensación olfativa particular, de la misma manera que la excitación de los filetes gustativos, por una corriente de varias centésimas de miliamperio, nos produce la sensación de un gusto especial, que Bordier ha denominado *gusto eléctrico.*

La excitación de estas terminaciones nerviosas tiene lugar con una dosis casi infinitesimal del agente excitante, y puede admitirse muy bien que si las cargas eléctricas desarrolladas por las radiaciones ultra-violeta son capaces de determinar una desviación del electrómetro, son suficientes también para producir la excitación de las terminaciones olfativas; de dónde la producción de un olor.

Un medio que pudiese mostrar experimentalmente la realidad de la suposición de los autores, consistiría en privar de sus cargas eléctricas al gas que acaba de recibir las radiaciones y produce el olor. Esto es lo que han conseguido realizar Bordier y Nogier, valiéndose de un ingenioso artificio. Hacen pasar el gas que procede de la lámpara, y que ha sufrido las radiaciones á través de un tubo metálico en comunicación con el suelo, por medio de un conductor ó por la mano. En estas condiciones, el gas no tiene el menor olor. Pero si se sustituye el tubo metálico por un tubo de cristal, aparece inmediatamente el olor.

Han sido empleados tubos de diferentes metales: cobre, estaño,

hierro, plomo, platino, y con todos ellos se obtuvo el mismo resultado.

El olor que despide un gas sometido á las irradiaciones de la lámpara de vapor de mercurio es, por consiguiente, puramente subjetivo, fisiológico, pudiéramos decir, puesto que resulta de la excitación de los filetes olfatorios por las cargas eléctricas, debidas á los fenómenos de ionización, que tienen lugar primitivamente en las partículas foco-eléctricas contenidas en el gas.

DR. E. VILCHES

# TRABAJOS DE LABORATORIO

## Y SUS APLICACIONES CLÍNICAS

**Acerca de la agrupación en cadenas del estafilococo dorado,** por V. Babes. (Reunión biologique de Bucharest, 16 Juillet 1908.)

Se sabe ya que en el pus el estafilococo dorado, además de presentarse en sus formas habituales de agrupación (en racimos, en cuatro ó en dos cocos), se le ve á veces agrupado formando cadenas, que pueden ser tomadas por estreptococos.

Si se estudia el desarrollo del estafilococo en ciertos medios de cultivos especiales, se puede afirmar que su agrupación en cadenas es lo general, pudiendo, pues, establecerse que el estafilococo dorado puede presentarse agrupado como un estreptococo, del mismo modo que ciertos estreptococos (estafilo-estreptococos de Babes) se agrupan en la disposición que lo hacen los estafilococos.

He ahí lo que se observa en las colonias de estafilococos dorados desarrolladas en agar-suero, ó en el fondo de un cultivo en caldo del mismo microorganismo, teniendo el cuidado de diluir esas colonias sin cambiar mecánicamente las relaciones que los microbios tengan entre sí.

El estafilococo se desarrolla á partir de un coco esférico; este individuo está á veces coloreado uniformemente; otras lo está metacromáticamente; otras veces presenta una línea de división única; otras una línea en forma de Y ó de +, que divide el microbio en tres ó cuatro partes, de las que una puede ser metacromática y las otras pálidas ó cromáticas.

Sin embargo, la división más frecuente es en dos partes, que, al continuar efectuándose en la misma dirección, constituye cadenetas. Por lo común, cierta cantidad de los microbios que constituyen las cadenas se colorean perfectamente, mientras que la mayoría de

los cocos, sin agrupación determinada, permanecen incoloros ó lo hacen deficientemente.

El azul de metileno es el reactivo que mejor pone de manifiesto esas diferencias y que deja ver la disposición en cadenas del microbio.

Aunque no existan diferencias absolutas entre las cadenas de estafilococos y las de estreptococos, se observa, sin embargo, en aquéllas ciertos caracteres que es raro hallarlos en los estreptococos. Las cadenas en el estafilococo son comúnmente más rígidas, aunque también en él se encuentran cadenas onduladas. Las cadenas estafilocócicas presentan, á la par que cocos bien coloreados, una mayor cantidad de cocos muy pálidos, cocos que poseen un diámetro muy variable, de modo que la cadena aparece engrosada en su parte media ó en una extremidad. Los individuos que constituyen la cadena no se presentan por lo común aplastados, ni dispuestos en diplococos aplastados, y aunque la disposición sea diplocócica, los individuos que la constituyen no están aplastados. Es verdad que los cocos bien coloreados que constituyen la cadena forman frecuentemente agrupaciones en dos, y presentan una línea clara de división, que es á menudo paralela al eje de la cadena, y no transversal, como en los estreptococos. Una particularidad de las cadenas estafilocócicas es su terminación frecuente por un solo individuo, de tamaño mayor y de coloración oscura, ó su terminación por un grupo de cuatro individuos oscuros; frecuentemente, una cadena corta tiene sus dos extremidades en esta última modalidad, constituyendo por esa disposición un espesamiento romboideo de sus extremidades. Esta terminación en tetradas es menos frecuente en los estreptococos. Las ramificaciones de la cadena nacen, como en los estreptococos, de los grupos de cuatro cocos intercalados en la dadena.

Las cadenas dobles son las que quizás constituyan un medio para distinguir en las preparaciones el estafilococo del estreptococo. Se trata de una división alterna y oblicua de los individuos qne constituyen la cadena, de la que resulta una cadena en zig-zag; y si la división se ha efectuado de un modo más apretado, nos encontramos con una cadena doble constituída por individuos alternantes. Al lado de esas cadenas hallamos un gran número de cocos aislados, diplococos y masas angulares compactas de cocos. De estos ángulos parten frecuentemente largas cadenetas.

En las preparaciones coloreadas por el Romanowsky ó el Manson, se distingue perfectamente en cada individuo un núcleo central y una parte periférica pálida que se asemeja á una cápsula. A menudo, muchos individuos no se colorean ya y presentan pequeños círculos que constituyen grupos ó cadenas.

Estas investigaciones demuestran que existe un parentesco estrecho y hasta formas intermedias entre los estreptococos y los estafilococos. En efecto; la división se verifica en las dos especies microbianas de un modo idéntico, es decir, formando cadenas, las que son dobles frecuentemente para con el estafilococo. La forma estafilocócica es debida á la irregularidad de la división, y probablemente también á una especie de cápsula que se pone de manifiesto merced al método de Manson. Esas cápsulas fusionan los microbios en masas irregulares, que pueden, sin embargo, ser disociadas en cadenetas por procedimientos especiales.

MARIO SPREÁFICO

# BIBLIOGRAFÍA

**Juicio crítico de los remedios, con prescripciones y fórmulas selectas,** por el Dr. D. Camilo Calleja.

Recopilados en fascículos, está publicando el ilustre Dr. Calleja la serie de artículos, que sobre esta materia han aparecido hasta la fecha en *El Siglo Médico,* y que con certeza han de continuar aún durante mucho tiempo honrando sus columnas.

No conocemos mayor número de remedios mencionados ó expuestos que los que figuran en esta obra, y seguramente ha de ser la más completa de las que hasta la fecha se ocupan de este estudio.

Sin la cultura bien probada del Dr. Calleja, asombraría su exacta minuciosidad y el rigor con que no ha dejado pasar la menor omisión. Es la suya verdadera labor de paciente benedictino, bien conocedor de idiomas extranjeros, para registrar y consignar cuanto en todos los países figura en la materia médica.

Cada remedio lleva indicación precisa de sus aplicaciones y sucinto y categórico juicio crítico, repleto de sinceridad.

No ha de ser óbice el que personalmente no nos sean gratas exposiciones en que el orden alfabético hace imposible toda base de adquisición de conocimientos, para que la alabemos cuanto se merece; primero, porque nuestro parecer puede ser una equivocación más personal, y después, y sobre todo, porque tienen innegable utilidad para la busca, en momento determinado, de cualquier agente fármaco, cuya composición, aplicaciones y utilidad nos convenga conocer; hecho frecuentísimo é indispensable, dada la riqueza (?) terapéutica actual, cada día más abrumadora.

Pero... ¿será verdad esta riqueza? Nos debemos todos á la sin-

ceridad, y si no he de falsear la verdad con eufemismos, diré que no hay motivo alguno para creer en ella. Porque aun cuando las industrias químicas, en irrupción creciente, nos inundan con productos nuevos, seductores por sus nombres ó halagadores por sus propiedades, es fácil ver cómo, pudiera decirse sin paradoja, ¡cabría en un papel de fumar lo que queda subsistente de lo lanzado diez años antes! Y si hubiese sido eficaz se habría conservado, porque lo hubiera impuesto su probada utilidad.

Parece imposible el ejercicio honrado de la Medicina sin credulidad en la terapeútica; pero quizás fuese aún más peligroso practicarla empleando todo lo que se aconseja.

De aquí la utilidad de estos juicios críticos, en que la experiencia de un docto, en esta ocasión meritísimo, va dando hecha la selección de lo verdaderamente útil.

Y felicitemos por su publicación al Dr. Calleja, figura médica venida á honrar la profesión en la corte, anhelando prosiga hasta su fin tan interesante estudio.

---

**Tratamiento operatorio de la espina bífida**, por D. Aurelio Martín Arquellada. Madrid, 1908.

El ilustrado y laborioso médico numerario del Hospital del Niño Jesús y de la Beneficencia municipal y Cuerpo de Baños, por oposición, reúne en este estudio, elegantemente editado y enriquecido con tres fotograbados, las enseñanzas que se deducen de doce casos que ha tenido ocasión de observar, y las cuales presentó como comunicación al II Congreso de la Asociación española de Cirugía, considerando la cura radical como el procedimiento de elección.

---

**Estudio de las fracturas espontáneas de la sífilis hereditaria con motivo de dos casos clínicos**, por D. A. Martín Arquellada. Madrid, 1908.

Después de exponer las dos historias clínicas de sus dos enfermos, tipo la una de las que se observan en los recién nacidos, generalmente yusta-epifisarias, y la otra de las de la primera infancia, casi siempre diafisarias, únicas conocidas hasta ahora, estudia, con la concisión y brillantez que le son peculiares, en apartados distintos: A), la fractura de la sífilis hereditaria procoz; y B), las de la hereditaria tardía, causadas por la osteomielitis gomosa, el sifiloma inicial, difuso y circunscrito, el diagnótico clínico y su tratamiento preventivo y curativo; terminando tan lindo folleto, digno de médico tan inteligente, por la completa bibliografía de las materias.

---

**Cáncer**, por el Dr. José Ribera y Sans. Madrid, 1908.

En elegante Memoria, impresa en francés y con fotograbados, publica el ilustre cirujano, profesor de Clínica quirúrgica de la Universidad de Madrid y director del Hospital del Niño Jesús, las acabadas y repletas comunicaciones que sobre el primer tema, *Cáncer*, ha presentado el II Congreso de la Sociedad internacional de Cirugía, celebrado en Bruselas del 21 al 25 de Septiembre del corriente año.

La primera se ocupa del *cáncer de los labios*, y está basada sobre la observación de 96 epiteliomas y un sarcoma, 79 de ellos del labio inferior, habiendo del número total sólo 37 con infartos submaxilares. Cuando no los hay, basta la incisión en V; pero si existen, emplea para la operación el procedimiento del Dr. Guarnerio ó el del Dr. Creus, ambos ilustres catedráticos, ya muertos. Los resultados obtenidos han sido: de 88 enfermos, 2 muertos, 9 reproducidos, cuatro de los cuales fueron reoperados, obteniendo tres curaciones y 77 curados. Las 9 restantes eran reproducciones, y dieron un muerto, un reproducido y 7 curados, gracias á extensas extirpaciones.

El *cáncer de la boca y sus dependencias*, es el objeto de la segunda comunicación, y se apoya en 109 casos, de los cuales eran: 43 epiteliomas de la lengua, 5 de la mucosa de los carrillos, 36 tumores malignos del maxilar superior y pólipos naso-faríngeos que exigían la resección, y 25 tumores malignos del maxilar inferior. Estudia sucesivamente: la anestesia, ligadura preventiva, extirpación de la lengua, resección de maxilares, traqueotomía; tumores malignos de los maxilares que exigen la resección, preconizando para la extirpación de los del inferior el procedimiento del Dr. Creus, y para la resección del maxilar superior el de incisión Liston, con modificaciones personales.

*Cáncer de la mama*, es el título de la tercera, y está documentado con 135 extirpaciones de mama por epitelioma; con 60 curaciones definitivas (44 por 100), 13 muertos (10 por 100), 41 recidivas (30 por 100) y 22 recientes ó resultados desconocidos (15 por 100). Erige como principio, que todo tumor de la mama debe ser extirpado en cuanto se diagnostique; como base de la forma de la incisión, la extirpación de la piel dudosa, prefiriendo por sus ventajas la doble semi-elíptica, que ejecuta desde 1886; con la extirpación del tumor hace la de la mama, menos cuando se trata de un tumor aislado y encapsulado, no dejando de efectuar, siempre que extirpa la mama, el vaciado axilar, siguiendo la norma de no practicar autoplastia.

El *cáncer gástrico*, es el asunto de su cuarta comunicación, y se fundamenta en 94 intervenciones, de las cuales son: 29 gastrecto-

mias, 48 gastro-enterostomías, 2 yeyunostomías, una sutura de perforación tumoral y 14 laparotomías exploradoras. Analiza el valor de éstas intervenciones, y expone sus resultados y los obtenidos en sus experiencias, hechas en perros de gran talla, para probar cómo queda el estómago inmediatamente después de la gastro-enterostomía, demostrando que el neopíloro es continente desde el primer momento, por lo que la gastro-enterostomía, como sostiene hace mucho tiempo, está indicada solamente para combatir las alteraciones de orden mecánico ó que dependen de ella.

El *cáncer del miembro,* es el objeto de su quinta y última comunicación, y se basa sobre 20 intervenciones; de ellas sólo 8 con adenopatías, habiendo hecho 15 amputaciones: 4 con trasplantación de la uretra al periné y una emasculación. Describe la operación del Dr. Argumosa, ilustrándola con grabados, ó extirpación de la verga, reclamando para este ilustre cirujano español la prioridad del procedimiento; terminando con la breve exposición de su personal experiencia en cáncer de riñón, vejiga y testículo.

En todas estas comunicaciones, dignas de tan eminente cirujano, brillan su saber y altas condiciones quirúrgicas, que nos congratulamos en reconocer y ensalzar ahora y siempre cuanto se merecen, ajenos á toda pasión, quizás no siempre incompatible con el mayor valer.

DR. R. LUIS Y YAGÜE

---

**Tratamiento conservador en el sarcoma,** por W. Blak y Pferkler. *(Surgery, Ginecology and Obstetric.,* Febrero 1908.)

En un estudio muy detenido, en que analizan una serie de estadísticas muy demostrativas, á juzgar por ellas, defienden los autores la cirugía conservadora en el sarcoma.

Los sarcomas pueden dividirse en dos clases. La primera comprende la mayoría de los sarcomas centrales de los huesos largos, los sarcomas de mielopaxias y ciertos fibro-sarcomas. Son relativamente benignos, y se curan con una simple resección, por enucleación y hasta con un simple raspado.

La segunda clase contiene los sarcomas periósticos de los huesos, de las pequeñas células redondas y los neuronarcomas. Estos son mucho más malignos y resisten á las operaciones más extensas.

Es muy difícil demostrar las ventajas de las amputaciones en el sarcoma. Sesenta y ocho casos de sarcoma perióstico (Blutin), en que fué imposible encontrar á ninguno de los operados, pasados tres años.

Las desarticulaciones no son más favorables. Entre los casos ci-

tados por los autores se encuentran: cinco de Wyeth de desarticulación de la cadera; cuatro murieron de recidiva entre los seis y doce meses después de la operación; uno curó, y fué precisamente en una extirpación incompleta; el enfermo sufrió una infección piogénica grave, á la que atribuyen la curación.

Culey practicó seis desarticulaciones de la cadera por sarcoma, y los enfermos murieron de recidiva. Un séptimo, que no consintió la operación, fué tratado por los rayos X, inyecciones de toxinas y raspado; cinco años después, permanecía curado.

Dos enfermos se hicieron tratar por charlatanes que les administraron tisanas, *¡y su tumor desapareció!*

Las amputaciones altas, ordinariamente injustificadas en los sarcomas benignos, son con la mayor frecuencia inútiles en los malignos. Éstos tienen más tendencia á regresar espontáneamente ó bajo la influencia de la radioterapia, de las inyecciones de toxinas ó de la infección, que á curar por las grandes intervenciones quirúrgicas.

Los traumatismos violentos son frecuentemente la causa de que se desarrolle el sarcoma, y el traumatismo operatorio produce los mismos efectos (después de las operaciones, la recidiva en la cicatriz). Un enfermo curado en apariencia por radioterapia é inyecciones de toxinas, de un sarcoma inoperable de la órbita, sufre al poco tiempo una intervención en las fosas nasales y el sarcoma recidivo, no en la órbita, sino en la nariz. «Si el traumatismo es el agente principal de la localización del sarcoma, el traumatismo operatorio es la causa de la localización en la recidiva; resecar, amputar como queráis, la recidiva se hará, generalmente, en la cicatriz.» El traumatismo operatorio, en consecuencia, debe hacerse tanto como sea posible, en los límites del tumor, para evitar recidivas en puntos lejanos.

La evolución del tumor primitivo raramente es la causa de la caquexia; la necrosis de las células es el factor principal de esta caquexia y de la muerte. Por esto, el tiempo de supervivencia es mayor cuanto mejor se oponga el médico á la destrucción celular.

De todo esto deducen los autores que las enucleaciones subcapsulares, las aplicaciones prolongadas de rayos X de alta intensidad, el empleo del azul de metileno como tópico y accesoriamente, la administración al interior de medicamentos ó de toxinas, son los mejores medios de tratamiento del sarcoma y, desde luego, muy superiores á las grandes operaciones.

DR. PALLARÉS

# SECCIÓN PROFESIONAL

Por dimisión de D. José Nadal-May, ha sido nombrado Secretario del Instituto Rubio D. José María López Campello, en cuyo domicilio, Felipe V, 6, primero, ha quedado instalada la Secretaría, cuyas *horas de despacho son de tres á cinco de la tarde.*

---

A nuestro querido amigo y asiduo cololaborador D. Antonio Lecha-Marzo, aún alumno de la Facultad de Medicina de Valladolid, le ha sido otorgado el premio Roel, de 500 pesetas, y título de corresponsal por la Sociedad de Higiene, de Madrid. ¡Loor al valer y al trabajo! Y reciba nuestra cordial felicitación.

Por ello, y por haber sido elegido miembro corresponsal de la Sociedad Clínica de Medicina mental, de París.

---

El distinguido ginecólogo D. Rodolfo del Castillo y Ruiz ha sido encargado de la consulta de ginecología que la Cruz Roja tiene establecida en el distrito del Congreso (Los Madrazo, 14, bajo). Esta consulta se celebrará de once á doce todos los días, excepto los miércoles, y dada la justa y merecida fama de hábil ginecólogo del doctor Castillo y Ruiz, es de esperar se vea muy concurrida.

---

Por Real orden del 30 del pasado, inserta en la *Gaceta* del 13 del actual, y de acuerdo con lo dispuesto en los Reales decretos de 18 de Enero de 1907 y 6 de Septiembre del corriente año, se han concedido premios pecuniarios á los reputados catedráticos de Medicina siguientes: de 1.000 pesetas, á D. Federico Olóriz y Aguilera, D. Mateo Bonafonte, D. Enrique Suñer y D. Luis del Río; de 500 pesetas, á D. Enrique Slocker y D. Ricardo Royo.

Nuestra más cordial enhorabuena á tan distinguidos profesores.

---

El ilustrado bacteriólogo Dr. Mendoza está dando en el Instituto de Bacteriología y Sueroterapia cursillos de análisis bacteriológicos acerca del cólera y de la peste bubónica, cursos dedicados á los inspectores provinciales de Sanidad y directores de Sanidad marítima. Los profesores médicos que han asistido al primero de estos cursillos, terminado ya, invitaron al Dr. Mendoza y á sus ayudantes, los Sres. Coca y Mauri, á un banquete, que se celebró en el Hotel Inglés. Los funcionarios que asisten á estos cursillos recibirán de la Inspección general de Sanidad certificados, que les servirán de mérito en su carrera.

# REVISTA IBERO-AMERICANA

DE

# CIENCIAS MÉDICAS

# REVISTA IBERO-AMERICANA

DE

# CIENCIAS MÉDICAS

FUNDADA POR

DON FEDERICO RUBIO Y GALÍ

---

DIRECTOR

DR. EUGENIO GUTIÉRREZ

Secretarios de Redacción

Dr. R. Luis y Yagüe. | Dr. Pablo Lozano.
Dr. S. García Hurtado. | Dr. Antonio Mut.

## TOMO XXI

Números LIII, LIV, LV, LVI, LVII y LVIII
(Enero, Febrero, Marzo, Abril, Mayo, Junio.)

MADRID
DIRECCIÓN Y GERENCIA: INSTITUTO RUBIO, LA MONCLOA

1909

Est. tip. de Valentín Tordesillas, Tutor, 16.—Teléfono 2.042.

# ÍNDICE DEL TOMO VIGÉSIMOPRIMERO

Páginas.

HERNIA INGUINAL ESTRANGULADA EN UNA NIÑA DE CUATRO AÑOS, CUYO CONTENIDO ERA LA TROMPA DERECHA, por el Dr. Pablo Lozano ..... 1
LAPAROTOMÍA DE URGENCIA, por el Dr. Francisco Botín ..... 7
UN CASO MÁS DE CUERPO EXTRAÑO EN LA VEJIGA, QUE SIRVIÓ DE NÚCLEO PARA LA FORMACIÓN DE UN VOLUMINOSO CÁLCULO, por el Dr. D. Emilio Hurtado ..... 10
EXAMEN DE LA APTITUD FUNCIONAL DEL CORAZÓN (estudio de la esfigmografía), por el Dr. A. Mut ..... 18
¿CÓMO COMBATIR LA ABULIA?, por el Dr. Abdón Sánchez-Herrero ..... 22
LAS CORRIENTES DE ALTA FRECUENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LOS TUMORES MALIGNOS, por el Dr. Teodoro Gaztelu ..... 26
CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LA AUTO-INTOXICACIÓN GRAVÍDICA, por el Dr. Francisco Blasco ..... 34

REVISTA DE ESPECIALIDADES:

*Anestesia*, por el Dr. Fermín Martínez Suárez ..... 39
*Ano é intestino grueso*, por el Dr. Fermín Martínez Suárez ..... 42
*Cirugía general*, por el Dr. Pallás ..... 45
*Cirugía infantil*, por el Dr. Pablo Lozano ..... 48
*Ginecología*, por el Dr. Gutiérrez ..... 51
*Medicina del aparato digestivo*, por el Dr. López Campello ..... 53
*Medicina interna*, por el Dr. A. Mut ..... 54
*Medicina legal*, por Antonio Lecha-Marzo ..... 57
*Neurología y Psiquiatría*, por el Dr. E. Vilches ..... 60
*Oftalmología*, por Galo Leoz ..... 61
*Osteo-artropatías y cirugía ortopédica*, por el Dr. García Hurtado ..... 64
*Oto-laringología*, por Luis Infante ..... 66

TRABAJOS DE LABORATORIO Y SUS APLICACIONES CLÍNICAS, por F. Blasco y Celedonio Cubo:

Resultados de las experiencias acerca del recambio del ázoe y del ácido fosfórico, hechas en dos perras embarazadas, durante un largo período de tiempo, en el embarazo, la lactancia y el destete ..... 70
Le localizzazioni extrapulmonari dello pneumococo, colpite da diplococo lanceolato di Fränkel ..... 71

BIBLIOGRAFÍA, por A. Mut:

Ensayo de Patología Social ..... 74

SECCIÓN PROFESIONAL:

Concurso médico ..... 79

UN CASO DE QUISTE HIDATÍDICO DEL RIÑÓN (Marsupialización: curación), por el Dr. Carlos Negrete ..... 81
OPERACIÓN CESÁREA, SEGUIDA DE HISTERECTOMÍA ABDOMINAL TOTAL (Curación), por el Dr. D. Emilio Hurtado ..... 86
SARCOMA GIGANTE DEL TESTÍCULO IZQUIERDO EN UN NIÑO DE SEIS AÑOS (con dos fotograbados), por el Dr. Pablo Lozano ..... 90
LIGERAS CONSIDERACIONES SOBRE CIERTAS LESIONES ATÓNICAS DE LA CÓRNEA Y DE SU TRATAMIENTO, por el Dr. Galo Leoz Ortín ..... 96
SOBRE LA LLAMADA POSICIÓN DE LA MAYOR CAPACIDAD EN LAS ARTRITIS, por el Dr. Saturnino García Hurtado ..... 102

Páginas.

BREVE EXPOSICIÓN DEL MÉTODO DEL DR. SIGAUD (DE LYÓN) SOBRE LA EXPLORACIÓN EXTERNA DEL TUBO DIGESTIVO (con seis fotograbados), por el Dr. P. de Astigarraga ..... 105
EXAMEN DE LA APTITUD FUNCIONAL DEL CORAZÓN (estudio de la presión sanguínea), por el Dr. A. Mut ..... 118

REVISTA DE ESPECIALIDADES:

*Anestesia*, por el Dr. Fermín Martínez Suárez ..... 132
*Ano é intestino grueso*, por el Dr. Fermín Martínez Suárez ..... 134
*Cirugía del aparato digestivo*, por el Dr. R. L. y Yagüe ..... 137
*Cirugía infantil*, por el Dr. Pablo Lozano ..... 140
*Ginecología*, por el Dr. Gutiérrez ..... 143
*Medicina del aparato digestivo*, por el Dr. López Campello ..... 147
*Medicina interna*, por el Dr. A. Mut ..... 149
*Medicina legal*, por Antonio Lecha-Marzo ..... 151
*Neurología y Electroterapia*, por el Dr. E. Vilches ..... 153
*Vías urinarias*, por el Dr. Carlos Negrete ..... 155

TRABAJOS DE LABORATORIO Y SUS APLICACIONES CLÍNICAS, por Jiménez de la Serrana y Moreno Melgar:

Investigación de los gérmenes anaerobios en las supuraciones ..... 157
Técnica de investigación de las litotoxinas ..... 158

SECCIÓN PROFESIONAL, por el Dr. Eugenio Gutiérrez:

«Pro Italia Médica.» ..... 159

LOS REFLEJOS NASALES, por el Dr. D. Eduardo G. Cereda ..... 161
UN CASO DE APENDICITIS HERNIARIA, por el Dr. José García del Diestro ..... 165
CÁLCULO RENAL.—NEFROLITOTOMÍA.—CURACIÓN (con tres fotograbados), por el Dr. Carlos Negrete ..... 170
LA DESINFECCIÓN QUIRÚRGICA Y EL BICLORURO MERCÚRICO, por D. José Belisario Gallego y Sanz ..... 174
EL VACIAMIENTO RÁPIDO DEL ÚTERO ES EL MEJOR TRATAMIENTO DE LA ECLAMPSIA, por el Dr. Carmelo Gil é I ..... 177
INVESTIGACIONES EXPERIMENTALES SOBRE EL PERÍODO DE CURACIÓN DE LAS ARTRITIS (con dos fototipias), por el Dr. Saturnino García Hurtado ..... 181
NUEVAS INVESTIGACIONES SOBRE LAS METAMORFOSIS DE LOS CRISTALES DE ALGUNOS ALCALOIDES EN PRESENCIA DE LOS ÁCIDOS FOSFO-MOLÍBDICO Y FOSFO-TÚNSGTICO, por Antonio Lecha-Marzo. 188
EXPLORACIÓN FÍSICA DEL ESTÓMAGO: conferencia dada en el Instituto de Terapéutica Operatoria (con siete figuras), por el doctor R. Luis y Yagüe ..... 190
¿PUEDEN TRANSMITIRSE Á LOS HIJOS LAS IMPRESIONES Y SUGESTIONES MATERNAS Ó PATERNAS, por el Dr. D. Antonio Gota ..... 204

REVISTA DE ESPECIALIDADES:

*Ano é intestino grueso*, por el Dr. F. Martínez Suárez ..... 210
*Cirugía del aparato digestivo*, por el Dr. R. L. y Yagüe ..... 212
*Cirugía infantil*, por el Dr. Pablo Lozano ..... 214
*Ginecología*, por el Dr. Gutiérrez ..... 216
*Medicina interna*, por el Dr. A. Mut ..... 218
*Medicina legal y Toxicología*, por Antonio Lecha-Marzo ..... 221
*Neurología y Electroterapia*, por el Dr. E. Vilches ..... 223
*Vías urinarias*, por el Dr. Carlos Negrete ..... 224

TRABAJOS DE LABORATORIO Y SUS APLICACIONES CLÍNICAS, por Guillermo Gaona:

*Microquimia forense:* Demostración de manchas de sangre de treinta y siete años de antigüedad ..... 229
Cultivo del enterococo en la placenta humana. El enterococo en los productos orgánicos en putrefacción y en la infección puerperal ..... 231

Páginas.

BIBLIOGRAFÍA, por los Dres. A. Mut y R. Luis y Yagüe:

Sanatorios marítimos y sanatorios de altura para niños ..... 233
Fiebre mediterránea ó de Malta en España..... 234
Examen funcional del intestino por la comida de prueba: su aplicación á la práctica diaria, y sus resultados para el diagnóstico y la terapéutica... 235

SECCIÓN PROFESIONAL, por el Dr. A. Mut:

La Escuela de Anestesistas ..... 237
Almas nobles..... 239

EXPLORACIÓN QUÍMICA DEL ESTÓMAGO (Conferencia dada en el Instituto de Terapéutica Operatoria), por el Dr. R. Luis y Yagüe. 241
NOTAS CLÍNICAS DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA: UN CASO DE MANO VALGA POST-OPERATORIA.—RESECCIÓN ORTOPÉDICA DEL CÚBITO, por el Dr. Juan Esteban Muñoz..... 252
UN CASO DE ANQUILOSIS ÓSEAS DEL CODO.—RESECCIÓN, por el doctor Alfonso Areces..... 254
UN CASO INTERESANTE DE PRESENTACIÓN DE FRENTE PERSISTENTE, por el Dr. D. Adolfo Martínez Cerecedo:..... 256
LA PUNCIÓN LUMBAR Y LA SEROTERAPIA OPSÓNICA EN LA TERAPÉUTICA DE LA MENINGITIS, por el Dr. Alonso García Sierra..... 262
DOBLE EYACULACIÓN EN LA MUERTE POR SUSPENSIÓN (mecanismo de producción), por el Dr. Angelo de Dominicis..... 275
¿PUEDEN TRANSMITIRSE Á LOS HIJOS LAS IMPRESIONES Y SUGESTIONES MATERNAS Ó PAPERNAS? (conclusión), por el Dr. D. Antonio Gota..... 280
EXAMEN DE LA APTITUD FUNCIONAL DEL CORAZÓN (estudio clínico), por el Dr. Antonio Mut..... 287

REVISTA DE ESPECIALIDADES:

*Anestesia*, por el Dr. Fermín Martínez Suárez..... 300
*Cirugía general*, por el Dr. Pallarés..... 301
*Cirugía infantil*, por el Dr. Pablo Lozano..... 304
*Estomatología*, por el Dr. Landete..... 306
*Medicina interna*, por el Dr. A. Mut..... 308
*Medicina legal*, por Antonio Lecha-Marzo..... 309
*Neurología y Electroterapia*, por el Dr. E. Vilches..... 311
*Vías urinarias*, por el Dr. Carlos Negrete..... 313

BIBLIOGRAFÍA, por Antonio Lecha-Marzo, Dr. García Hurtado y Dr. Landete:

La responsabilidad médica ante los Tribunales de Justicia..... 314
Anatomie und Mechanismus der Skoliose..... 316
L'Obturation des dents..... 319

EXPLORACIÓN QUÍMICA DEL ESTÓMAGO: Conferencia dada en el Instituto de Terapéutica Operatoria (conclusión), por el doctor R. Luis y Yagüe..... 321
UN CASO DE ELEFANTIASIS NOSTRAS DE LA VULVA (con cinco fotograbados), por el Dr. D. Eugenio Gutiérrez..... 331
UN CASO DE ARRANCAMIENTO DEL MENISCO INTERNO DE LA RODILLA, por el Dr. J. Riosalido..... 337
UN CASO DE PLEURESÍA PURULENTA, por el Dr. D. Julio Carro.... 340
ALGO SOBRE LOS EFECTOS NOCIVOS DE LOS RAYOS ROENTGEN EN LA ECONOMÍA ANIMAL, por el Dr. Saturnino García Hurtado..... 344
EL A B C DEL EXAMEN FUNCIONAL DEL INTESTINO EN LA PRÁCTICA DIARIA, por el Dr. Roberto S. Kolbe..... 352
LA CRÍTICA Y LA DUDA EN LOS ENAJENADOS, por el Dr. Abdón Sánchez-Herrero..... 359
INDICACIONES DE LA ESERINA Y LA ATROPINA EN LA OPERACIÓN DE CATARATAS POR EL MÉTODO DE EXTRACCIÓN Á COLGAJO CON IRIDECTOMÍA, por el Dr. Galo Leoz y Ortín..... 362

Páginas.

REVISTA DE ESPECIALIDADES:

*Anestesia*, por el Dr. Fermín Martínez Suárez..... 369
*Ano é intestino grueso*, por el Dr. Fermín Martínez Suárez..... 370
*Estomatología*, por el Dr. Landete..... 374
*Ginecología*, por el Dr. Gutiérrez..... 376
*Medicina infantil*, por el Dr. J. García del Diestro..... 379
*Medicina interna*, por el Dr. A Mut..... 381
*Medicina legal*, p r Antonio Lecha-Marzo..... 386
*Neurología y Electroterapia*, por el Dr. E. Vilches..... 388
*Oftalmología*, por el Dr. G. Leoz..... 390
*Vías urinarias*, por el Dr. Carlos Negrete..... 393

BIBLIOGRAFÍA, por el Dr. A. Mut:

Tratamiento de la tuberculosis por la tuberculina..... 400
La sífilis en la descendencia.—Higiene de los heredo-sifilíticos..... 400

TRATAMIENTO DE LAS ANEXITIS (Conferencia dada el día 4 de Febrero de 1909 en el Instituto Rubio), por el Dr. Eugenio Gutiérrez..... 401
UN CASO DE PUBIOTOMÍA SUBCUTÁNEA, por el Dr. Carmelo Gil é I.. 412
BLEFAROPLASTIA POR EL PROCEDIMIENTO DE SNIDAKER (con tres fotograbados), enfermo operado por el Dr. J. García del Mazo.. 415
FRACTURA Y LUXACIÓN DEL ASTRÁGALO (con cuatro fotograbados), por el Dr. Arangüena..... 418
IDEA GENERAL DE LA HORMOTERAPIA CON ESPECIAL REFERENCIA Á LA ADRENALINA, por el Dr. D. Camilo Calleja..... 422
RESUMEN PRÁCTICO DE ELECTROTERAPIA. Guía clínica de los diversos procedimientos de aplicación de la electricidad (con dos fotograbados), por el Dr. Enrique Vilches y Gómez..... 431
ALGO SOBRE LOS EFECTOS NOCIVOS DE LOS RAYOS ROENTGEN EN LA ECONOMÍA ANIMAL, por el Dr. Saturnino García Hurtado..... 442

REVISTA DE ESPECIALIDADES:

*Anestesia*, por el Dr. Fermín Martínez Suárez..... 447
*Ano é intestino grueso*, por el Dr. Fermín Martínez Suárez..... 450
*Cirugía del aparato digestivo*, por el Dr. R. L. y Yagüe..... 453
*Cirugía general*, por el Dr. Pallaré..... 456
*Cirugía infantil*, por el Dr. Pablo Lozano..... 459
*Ginecología* por el Dr. Gutiérrez..... 461
*Medicina del aparato digestivo*, por el Dr. López Campello..... 463
*Medicina interna*, por el Dr. A. Mut..... 466
*Medicina legal*, por Antonio Lecha-Marzo..... 471
*Vías urinarias*, por el Dr. Carlos Negrete..... 474

TRABAJOS DE LABORATORIO Y SUS APLICACIONES CLÍNICAS, por el Dr. López Durán:

Combinación de sustancias que excita los movimientos amiboideos de los leucocitos, mediante la cual pueden diferenciarse los leucocitos vivos de los muertos..... 475

REVISTA IBERO-AMERICANA

DE

CIENCIAS MÉDICAS

## SECCIÓN CLÍNICA ORIGINAL

### NOTAS CLÍNICAS

# HERNIA INGUINAL ESTRANGULADA EN UNA NIÑA DE CUATRO AÑOS CUYO CONTENIDO ERA LA TROMPA DERECHA

POR EL DR. PABLO LOZANO
Del Instituto Rubio.

Apenas fué creado el Dispensario de Cirugía infantil en el Instituto Rubio—con lo cual estimamos que su dignísimo director, doctor Gutiérrez, ha llenado un vacío que se dejaba sentir en la organización de los trabajos que con tanto acierto se realizan en los demás dispensarios de especialidades,—ha sido intervenida la niña que motiva la presente historia clínica, y que realmente ofrece un interesante caso de hernia inguinal estrangulada.

El día 11 de Diciembre próximo pasado presentó su madre en el Instituto Rubio á la niña E. M., de cuatro años de edad.

Refiere la madre que, no pudiendo criarla con sus pechos, la alimentó desde su nacimiento con leche de vacas, dada en biberón; y cuando contaba la niña próximamente un mes de edad, notó en ella un bulto pequeño, poco más grueso que una avellana, en la ingle derecha, el cual aparecía durante los esfuerzos del llanto y se ocultaba cuando éstos cesaban. En la familia no hay antecedentes hereditarios, puesto que ni los padres ni abuelos padecieron de hernia. Como la niña, pasados los primeros meses, soportó bien el biberón y se desarrolló sin contratiempo alguno, cesaron los motivos de llanto, y el bultito desapareció completamente, sin que para conseguirlo se hiciera uso de braguero.

Al año y medio, próximamente, se cayó la niña de la cama, dándose un golpe fuerte en la espalda, que la hizo llorar mucho; á

los pocos días sufrió otra caída desde una mesa, y se fracturó el brazo derecho. Algunos meses después de estos accidentes, observó la madre un abultamiento en la región dorso-lumbar de la niña, por cuyo motivo consultó con un médico, el que la recomendó la aplicación de un corsé ortopédico; no encontrando gran alivio la enfermita, fué llevada al Instituto, donde el Dr. Durán le colocó un aparato de escayola. Desde la aplicación de este vendaje, sin duda por los esfuerzos que al llorar la niña hiciera, notó su madre la reaparición del bultito de la ingle, que, al ser comprimido, se resbalaba y desaparecía, dejando en el sitio por donde se ocultaba la impresión sentida por los dedos de *un hueco,* según frase de la madre; creemos oportuno consignar también la sensación de cuerpo duro que siempre diera á la madre el bultito de que nos ocupamos.

En ésta, que pudiéramos llamar segunda etapa de la hernia de la niña objeto de la presente historia, tampoco se le aplicó medio de contención alguno.

Hace mes y medio, próximamente, dicha niña sufrió un nuevo accidente: le cayó sobre la cabeza un cristal, que le produjo una herida; como se sostenía la supuración de esta herida, fué llevada la enfermita al Hospital general, donde el Dr. Ortiz de la Torre, apreciando la existencia de un cuerpo extraño (un trozo de cristal) incrustado en el hueso, procedió á su extracción, para lo cual se anestesió la niña con cloroformo. Piensa la madre, y acaso esté en lo cierto, que los vómitos que el cloroformo provocara y la revolución que en su aparato digestivo determinara una dosis de calomelanos que poco después tomó la niña, obraron aislada ó conjuntamente como causa en la aparición del bultito de la ingle, algo aumentado de volumen, y ofreciendo la particularidad de no desaparecer, por más esfuerzos que se hicieran para conseguirlo, provocando con estos esfuerzos el dolor que la niña acusaba, y que más tarde se manifestaba espontáneamente, localizándose en el vientre y en el muslo derecho.

Coincidió, según se nos manifestara, la presencia del bulto irreducible, con la aparición de un flujo abundante, de origen genital, que observamos al principio del reconocimiento; además de este flujo, apreciábase una tumoración en la región inguinal derecha, del tamaño de una nuez gruesa, de consistencia pastosa, irreducible, y qué por su pedículo se insinuaba á través de las paredes del vientre, perdiéndose en esta cavidad.

El llanto de la niña, antes y durante el reconocimiento, no nos permitió apreciar si realmente nuestro examen provocaba dolor, ni la intensidad de éste.

En los siete ú ocho dias que contaba de fecha esta hernia irre-

ducible, que como tal hernia debía considerarse, tanto por los datos suministrados por la historia, como por los fenómenos objetivos que se apreciaban, ni había tenido vómitos la enfermita, ni se habían presentado fenómenos que acusaran la existencia de la más ligera obstrucción intestinal: la temperatura era 37°,5.

A decir verdad, aun cuando nuestro diagnóstico desde luego fué de hernia estrangulada, y así quedó consignado en el libro de consultas con la fecha del primer día que vimos á esta enfermita, asaltaban á nuestro ánimo multitud de dudas, que no estimamos desprovistas de fundamento racional, acerca de la verdadera naturaleza del padecimiento que afectaba á la niña objeto de la presente historia.

La presencia del flujo abundante mencionado, nos hizo pensar en la posible existencia de una ádenitis inguinal: los antecedentes relativos á un proceso destructivo vertebral, en un absceso por congestión. En caso de tratarse de una hernia, la falta de síntomas de oclusión intestinal nos inducía á considerarla de contenido epiploico, ó cuando más, con una porción de pared intestinal comprendida en la estrangulación, pero sin oclusión completa de su luz.

Esta última hipótesis nos hizo recordar á una mujer que, hace tres ó cuatro años, se presentó por su propio pie en la consulta de Ginecología del Instituto, desde donde nos llamaron para su reconocimiento, por no encontrar en sus órganos genitales los ilustrados especialistas que la examinaron motivo alguno del padecimiento que presentaba la enferma. A pesar de lo soportable de los sufrimientos que acusaba la paciente, nuestro diagnóstico fué: hernia inguinal estrangulada, epiploica. Así lo estimó nuestro ilustrado compañero el Dr. Arnal, procediendo rápidamente á la intervención quirúrgica. En efecto; la mayor parte del contenido hernario era epiplón; pero, además, hallábase una porción de pared del intestino delgado comprendida en el anillo estrangulador; y tan mortificada estaba dicha pared, que juzgó oportuno el Dr. Arnal hacer una resección intestinal, que ejecutó con la pericia que todos le reconocemos, y fué seguida de un éxito completo.

¡De este modo insidioso se esfacelan, á veces, las paredes intestinales en algunas hernias estranguladas!

En virtud de nuestras dudas, aconsejamos, por lo pronto, á la madre que hiciera lavados frecuentes con agua boricada en los órganos genitales externos de la niña y aplicaciones externas en la ingle de fomentos calientes hasta el día próximo, que volveríamos á ver á la enfermita, indicándola á la vez que no dejara de traérnosla al día siguiente, porque se trataba de cosa grave y que exigiría probablemente una operación de importancia. Así sucedió: el próximo día,

la madre nos presentó á la niña, diciéndonos que había pasado muy mala noche, con dolores, y nosotros pudimos apreciar mayor hinchazón de la tumuración que invadía la piel, hallándose ésta infiltrada, edematosa y reluciente.

Presentamos el caso al Dr. Arnal, el que coincidió con nuestro juicio diagnóstico de hernia estrangulada, probablemente epiploica; y tanto por estar ocupada la sala de operaciones, como por la relativa urgencia del caso, se aplazó la operación para el día inmediato, domingo 13 de Diciembre.

Antes de indicar lo que hicimos y lo que encontramos en el acto operatorio, creemos oportuno sentar un principio ó fundamento de conducta, al que, en nuestro sentir, indiscutiblemente, debe ajustarse todo cirujano. Cuando se aprecia una tumoración en la ingle, y por su historia y evolución no se tenga (como en este caso ocurría), una firme y completa seguridad en el diagnóstico, debe procederse con toda circunspección y prudencia, cual si se tratara efectivamente de una hernia estrangulada. Obrando así, nos pondremos á cubierto de graves equivocaciones, en la que han incurrido alguna vez los más grandes maestros. Es decir, que el diagnóstico de hernia estrangulada debe imponerse á nuestro espíritu en los casos que ofrezcan la menor duda; porque un error, en tal caso, es un error disculpable y sin consecuencias, mientras que, por el contrario, puede provocarlas, y muy graves, cuando procediendo cual si no se tratara de una hernia, nos encontramos tristemente sorprendidos ante una equivocación que puede ser fatal para el enfermo.

Ateniéndonos á este principio, que, repetimos, consideramos categórico, y ayudados por los doctores Carro y García, después de llenar todos los requisitos indispensables de asepsia y cloroformización, incindimos la piel sobre la tumoración y en dirección del pliegue de la ingle, encontrando una infiltración y vascularización abundante de los tegumentos que estaban adheridos al tumor. Aislado éste, y visto que prolongaba su pedículo dentro de la cavidad del vientre, fuimos lentamente ahondando una incisión que sobre él hicimos, sobre un tejido que recordaba el de un ganglio reblandecido, y al llegar á medio centímetro de profundidad salió un líquido sero-sanguinolento, que, después de vaciado y limpiado con gasas, nos permitió apreciar, en el fondo del espacio ocupado por él y por el órgano herniado, un botón carnoso, esfacelado en su superficie, y que se prolongaba dentro de la cavidad del vientre por su pedículo.

Rodeamos con gasa la incisión cutánea, desbridamos el anillo formado por la aponeurosis del oblicuo externo, y al hacer suaves tracciones sobre aquel muñón esfacelado, en vez de un asa intesti-

nal, nos encontramos, no sin gran sorpresa, con que el ligamento ancho y el ovario, del tamaño éste de una judía blanca, acaso más largo y más estrecho, era lo que teníamos entre las manos.

Convencidos de que no era un asa intestinal, y sí una porción de la trompa y del ligamento ancho lo que se hallaba herniado y estrangulado, aislamos el contenido herniario con una pinza longueta, aplicada al punto que formaba el cuello, y con catgut atravesamos el pedículo y líganos fuertemente, de modo que no saliera la menor cantidad de sangre de aquel, donde existía una arteriola que daba bastante (arteria tubo-ovárica).

El saco peritoneal, fuertemente engrosado, puesto que ya hemos dicho tenía de espesor más de medio centímetro, lo resecamos hasta la proximidad de las paredes del vientre, colocando antes una ligadura con catgut, en cadena.

Prolongamos un poco más la incisión de la aponeurosis del oblicuo externo, para poder meter dentro de la cavidad el resto de ligamento ancho y el ovario que teníamos á la vista; suturamos con catgut la aponeurosis del oblicuo en toda la extensión de la incisión; dejamos un rollito de gasa como drenado de la herida y, por último, hicimos sutura intradérmica de la piel, con seda, aplicando después el apósito conveniente.

La fiebre ligera, que persistía 37°,5 en el momento de la operación, descendió completamente al día siguiente. Permitimos alimentación láctea á la enfermita, á las veinticuatro horas, y á las cuarenta y ocho quitamos el drenado que, en vista del perfecto estado de la herida, no colocamos de nuevo, consintiendo que dieran un poquito de pan á la enfermita, que lo pedía con gran anhelo.

El día tercero renovamos el apósito, por haberse ensuciado al hacer una deposición espontánea la enfermita, apreciando, tanto la herida como el estado general, en un estado inmejorable.

El día 4, jueves, día de visita general, pudieron apreciar todos los compañeros del Instituto el satisfactorio estado de la niña objeto de esta historia clínica. A los once días de operada la dimos de alta, aconsejando á la madre continuara haciendo uso de un vendaje ligeramente compresivo.

Algunas consideraciones nos sugiere el curioso é interesante caso de hernia estrangulada que acabamos de relatar.

Al tratarse de una hernia inguinal en una niña, creemos pertinente consignar que, en contrario de lo que muchos sostienen, la hernia inguinal es más frecuente que la crural en el sexo femenino: la disposición anatómica del conducto de Nück y su persistencia favorecen, tanto ó más en la niña y en la mujer que el conducto peritoneo-vaginal en el hombre, la formación de las hernias ingui-

nales; así lo hemos comprobado por propia experiencia, y así nos lo afirman los siguientes datos estadísticos:

| | Proporción de hernias crurales. | Proporción de hernias inguinales. |
|---|---|---|
| Sociedad de vendajes de Londres. | 34,6 por 100. | 50 por 100. |
| M. Berger (2.534 hernias de mujer). | 32,7 íd. | 44 íd. |

M. Berger, además, en 505 niñas menores de quince años, ha encontrado 118 hernias inguinales y sólo 2 hernias crurales.

Creemos que se sostiene también, sin fundamento serio, como hecho inconcuso, la transmisión hereditaria de la hernia. Nosotros pensamos que los vicios de conformación del conducto peritoneo-vaginal en el hombre y del conducto de Nück en la mujer, son independientes del influjo hereditario, en cuanto se refiere á la existencia en los antecesores de un proceso herniario.

Con interés estamos recogiendo datos estadísticos propios para en su día apoyar nuestro criterio, ó desecharlo en conformidad con la enseñanza que aquéllos nos proporcionen. Hoy por hoy, nuestra creencia es que los defectos en el desarrollo local de los citados conductos, y la debilidad constitucional que repercute de modo indiscutible en la menor resistencia de los planos musculares y aponeuróticos de las paredes del vientre, son la causa determinante, favocida y aumentada por los grandes esfuerzos, y que juega el principal papel en la formación de las hernias en general.

En cuanto á la patogenia de la hernia inguinal con contenido del ovario ó de la trompa, conviene tener presente un dato de embriología que nos da razón de su existencia. Del mismo modo que el testículo desciende en el embrión macho desde su punto de formación hasta el escroto, el ovario en el sexo femenino sufre igual descenso, hasta el punto de que, arrastrado por su gubernaculum, transformado en ligamento redondo uterino y en ligamento del ovario, llega á colocarse á muy pocos milímetros de distancia de la entrada del conducto de Nück. La trompa acompaña en esta emigración al ovario, y no tiene nada de particular que uno ú otro órgano se inicie en dicho conducto de Nück, dando lugar en los primeros meses de vida á la formación de hernias del ovario ó de la trompa.

Así se explica el bastante número de casos de hernias de la trompa citados por Le Dentu; los que consigna Bergmann; los de Lejars; los dos intervenidos por el Dr. Cervera, y el que nos ocupa.

En los modernos tiempos en que la cura radical de la hernia se

practica con tanta frecuencia, seguramente se repetirán los casos como el presente, hasta ahora considerados como excepcionales.

Nos conviene consignar que la porción estrangulada que resecamos fué llevada al laboratorio del Instituto, y en preparaciones obtenidas por el Dr. Moreno hemos podido apreciar secciones transversales del conducto de la trompa revestido de su mucosa, formando multitud de pliegues, circunstancia que corrobora la apreciación clínica del caso.

Y terminamos insistiendo en el precepto que hemos apuntado anteriormente, relativo á proceder en todo caso de tumoración inguinal ó crural, no diagnosticado con completa evidencia y seguridad, como si se tratara de una hernia. Acaso alguna vez nuestra suspicacia nos engañe; pero, en cambio, de nuestra conducta prudente siempre resultará beneficiado el enfermo, que es el ideal que todo médico debe perseguir.

---

## LAPAROTOMÍA DE URGENCIA

Por el Dr. Francisco Botín

Del Instituto Rubio.

El día 2 de Noviembre de 1908 se presentó en la consulta de Ginecología del Instituto una enferma, cuyo historial, así como las consideraciones que de él se desprenden, debemos á nuestro distinguido compañero el Dr. Cerecedo, por haberla asistido antes de su ingreso en el Instituto.

Llámase la enferma Elisa Ayala, de treinta y tres años de edad, casada, y natural de Madrid.

Tuvo su primera regla á los diez seis años, desde cuya época han venido sucediéndose sus menstruaciones puntualmente y sin trastorno alguno, hasta el día 4 de Octubre del año 1908, que tuvo lugar la última. No hay antecedentes hereditarios ni patológicos en relación con el padecimiento actual.

El día 4 de Octubre, y *sin haber sido precedida de ninguna falta menstrual,* se presentó la regla, acompañada de fuertes dolores abdominales, náuseas, vómitos, escalofríos, sudores y mareos, sin llegar á perder el conocimiento. La sangre derramada era de color oscuro. En vez de durar esta menstruación (1) cuatro días, según su costumbre, la metrorragia continuaba el día que se presentó en la

(1) Lo que la enferma creía menstruación, por coincidir con la época de sus reglas.

Clínica (2 de Noviembre). Paulatinamente la micción y defecación se hicieron dolorosas. Tuvo y tiene fiebre, que oscila entre los 37,5 y 39 grados.

Al reconocerla por palpación combinada, se aprecia una tumoración que llena el fondo de Douglas, extendiéndose á la fosa ilíaca izquierda y adosada al borde del útero que está rechazado hacia el lado derecho. La tumoración es difusa, pastosa en algunos puntos, dura en otros, de superficie desigual y dolorosa.

Teniendo en cuenta los fenómenos locales y generales, lo brusco de su aparición, su historia anterior, las manifestaciones de anemia y de protesta peritoneal, las condiciones de la tumoración y la existencia de la fiebre, se diagnosticó: *hematocele supurado, por rotura de la trompa izquierda, ocasionada por probable embarazo ectópico.*

Recientemente hemos observado otro caso, publicado en esta Revista por el Dr. San Román, idéntico en un todo al que describimos. Tampoco esta enferma había tenido supresión de reglas; los dolores y hemorragia principiaron con la menstruación; los síntomas de infección del hematocele sobrevinieron con bastante rapidez, síntomas que se comprobaron al practicar la colpotomía, dando salida lo primero á un chorro de pus fétido y en bastante cantidad.

Así que, no obstante faltar el dato de supresión menstrual, como la colección sanguínea en el Douglas era evidente, como la metrorragia y la anemia se acentuaban cada vez más, indicando que la hemorragia continuaba, y aleccionados con el caso del Dr. San Román, no vacilamos en afirmarnos más en el diagnóstico dicho.

Como nuestra creencia era que había supuración en el hematocele, se decidió hacer una colpotomía posterior, que fué practicada por el Dr. Cerecedo el día 4 de Noviembre.

Abierto el fondo de saco peritoneal, salió sangre líquida de color y aspecto normal, y sin que nada indicara la infección que sospechábamos; después, coágulos en abundancia y algunos restos del huevo, que fueron extraídos con el dedo. Como la pérdida de sangre continuara y el pulso ganase en frecuencia y perdía en tensión, se hizo, con las precauciones debidas, un lavado del saco con agua esterilizada caliente; pareció que la hemorragia cedía, y se practicó un taponamiento, trasladando la operada á la sala, donde se la inyectaron 500 gramos de suero.

Pasada la acción del cloroformo, se presentan síntomas de nueva hemorragia; siente zumbido de oídos y pérdida de la visión; el pulso apenas se aprecia en la radial; el color anémico de la piel se acentúa; las extremidades se enfrían; la pérdida por la vagina no es grande; pero palpando el vientre, se nota que se va llenando de sangre; así que nos decidimos á practicar la laparotomía. Sostenien-

do á la enferma con inyecciones de suero, y haciéndola aspirar sólo algunas gotas de cloroformo, abrí el vientre por la línea media y empapé con compresas la gran cantidad de sangre que había derramada.

Un trozo de epiplón, en una extensión de unos cuatro centímetros, estaba adherido á la parte superior de la trompa. Como la adherencia era fuerte, para no entretenerme en colocar ligaduras hasta no hacerme dueño de la hemorragia, prendí el epiplón con una pinza longueta, y le corté de un tijeretazo. Asas de intestino delgado, que estaban adheridas entre sí y á la parte posterior del saco tubárico, se despegaron con facilidad. Extraje con la mano abundantes coágulos del fondo de Douglas; despegué la trompa del peritoneo del suelo pelviano y de la hoja posterior del ligamento, y entre la sangre que constantemente salía, y sirviéndome del tacto, coloqué una pinza en la parte externa del ligamento y otra en el arranque uterino de la trompa, cesando con esto toda hemorragia. Después, la extirpación de la trompa, que estaba rota en su parte media, fué fácil. Cerré el vientre como tenemos por costumbre, modificando sólo la sutura de la piel, que la hice continua con seda para mayor rapidez. Duró el acto operatorio treinta y cinco minutos.

Durante la operación se inyectaron á la enferma 1.000 gramos de suero.

Se siguió inyectando suero cada cuatro horas.

Por la tarde había reaccionado. Se contaban en la radial 120 pulsaciones; la temperatura era de 37°,5. Había vómitos. Respiración normal.

Al siguiente día cesaron los vómitos, y el curso post-operatorio fué bueno.

A los diez y ocho días de operada se presentó una linfangitis en el miembro izquierdo, debida probablemente á haberse infectado en el muslo izquierdo el sitio de una de las inyecciones de suero, que, dado el gravísimo estado de la enferma, se prepararon, indudablemente, con alguna precipitación.

La linfangitis cedió en pocos días.

Actualmente continúa la enferma en el Instituto con una parametritis del lado derecho.

La herida del vientre cicatrizó por primera intención. El estado general es bueno.

Consideraciones que sugiere este caso:

1.ª El embarazo tubárico puede existir sin supresión de reglas, aunque lo general sea que la rotura de la trompa vaya precedida de una falta menstrual.

2.ª No obstante los fenómenos inflamatorios ó de infección (do-

lor de la tumoración, fiebre, etc.), no estaba supurado el hematocele; eran debidos á una peritonitis adhesiva.

3.ª Jamás se debe practicar una colpotomía por hematocele sin tenerlo todo dispuesto para la laparotomía, y con más razón si se ha diagnosticado ó se sospecha el origen tubárico.

4.ª No se deben ejercer tracciones sobre el huevo ó restos de él, adheridos á la trompa, para evitar la reproducción de la hemorragia, que puede agotar rápidamente á las enfermas, ya considerablemente debilitadas y anémicas.

5.ª El comienzo de la metrorragia con sangre negruzca parece demostrar que al principio, por lo menos, procedía de la trompa. El origen tubárico de la sangre es defendido por Barnes y Fritsch.

6.ª Sólo se deben operar por colpotomía los hematoceles que se sospeche estén infectados, los de larga fecha en que no haya síntomas de hemorragia cercana y los debidos á causa distinta que el embarazo tubárico, pero siempre preparados para la laparotomía.

7.ª Esta operación, aun ejecutada en las peores condiciones de resistencia, salva la vida de muchas infelices, y por eso debe practicarse.

---

## UN CASO MÁS DE CUERPO EXTRAÑO DE LA VEJIGA QUE SIRVIÓ DE NÚCLEO PARA LA FORMACIÓN DE UN VOLUMINOSO CÁLCULO

Por el Dr. D. Emilio Hurtado

De León.

T. S., natural y vecina de la aldea de S. R., en la provincia de León, es una joven soltera, de veintitrés años de edad, que el día 1.° del anterior Septiembre ingresó en el Hospital de San Antonio Abad, establecido en esta capital de provincia.

A la edad de catorce años, observó el flujo de su primera menstruación, y desde entonces siempre estuvo bien reglada, habiendo tenido el último menstruo á principios del pasado Agosto.

Hace dos años que, al libar la copa de solitarios y fantásticos deleites, equivocadamente se introdujo por el conducto uretral una ordinaria horquilla de alambre, igual á las que usan las mujeres para sostener las formas de su peinado, cuya horquilla penetró por las puntas de sus ramas hasta el cuello y fondo de la vejiga de la joven, en cuyos puntos se la perdió.

Desde el día de tan raro suceso, sufrió micciones frecuentes y

dolorosas, acompañadas de hematurias, cuyos fenómenos fueron aumentando hasta constituir verdadera incontinencia de orina, acompañada cada día de más intolerables sufrimientos, por lo que en la fecha dicha se decidió á ingresar en este Hospital.

En presencia de mi querido amigo y distinguido cirujano, el Dr. D. Santiago Pallarés, procedí al reconocimiento, y observamos que las ropas interiores tenían claras señales de micción constante.

Los órganos genitales externos estaban bañados por orina alterada, inflamados y superficialmente ulcerados los grandes labios, y escoriados los dos muslos en la cara interna de su región superior.

Por la exploración de la vagina se apreciaba, en la pared vésico-vaginal, una tumoración dura, adherente, del tamaño de un huevo de gallina, más prolongada en su diámetro antero-posterior que en los otros, de superficie irregular, con ligeras abolladuras, cuya tumoración provocaba dolores cuando se palpaba.

El cateterismo vesical demostraba que la sonda no conseguía franquear el cuello de la vejiga, por impedírselo un cuerpo duro que ocupaba la cavidad de este órgano, y cuyo cuerpo, al ser percutido con la sonda metálica, producía un ruido sordo. La cistoscopia no se practicó, por no poder tampoco pasar del cuello el cistoscopio de Albarrán.

Recogido el líquido orinado, se apreció que era de aspecto turbio, moco-purulento, de reacción alcalina y con sedimentos de fosfato triple.

En vista de los antecedentes declarados por la joven, y en consideración de los datos que por los distintos medios de exploración se observaban, formamos el convencimiento de que T. S. padecía un cálculo vesical, que se había formado á consecuencia de la horquilla perdida en ese receptáculo, y cuyo cuerpo calculoso, por obstrucción del conducto uretral, no sólo impedía la franca emisión de la orina, sino que también era el provocador de todos los sufrimientos.

Con seguridad de acierto en ese diagnóstico, el 7 del anterior Septiembre practiqué la talla vaginal.

Después de colocar á la enferma en posición ginecológica, y cuando los órganos genitales estuvieron bien desinfectados, por detrás del cuello de la vejiga hice en la pared vésico-vaginal una incisión, dirigida de delante atrás, y de seis centímetros de longitud; luego disequé los labios de esta herida hasta poner de manifiesto la próxima cara posterior de la vejiga, cuyo órgano incindí en igual dirección que la vagina; y en seguida, con una pinza, extraje del receptáculo urinario un abultado cálculo. Inmediatamente cerré la vejiga con una sutura continua de catgut, á cuyo tiempo siguió el

de suturar la pared vaginal, que hice con seis puntos de hilo de plata, y terminé la operación colocando en la uretra una sonda permanente.

*
* *

El curso que esta enferma siguió después de la operación fué completamente satisfactorio. En cada uno de los cuatro primeros días se le lavó dos veces la vejiga con una disolución de ácido bórico al 4 por 100. Al quinto día se purgó la joven; al sexto le quité la sonda, quedando incontinencia de orina, cuyo fenómeno desapareció al noveno; al décimo le quité los puntos metálicos, y al décimoquinto salió del Hospital completamente curada.

*
* *

El cálculo urinario pesó ciento ochenta y dos gramos: es de naturaleza fosfato-amoniacal, y en su centro tiene fuertemente aprisionados los extremos de las dos ramas de la horquilla de hierro, cuyo instrumento tenía su obtuso ángulo en contacto con la abertura del cuello de la vejiga.

León, Enero de 1909

# SECCIÓN CIENTÍFICA ORIGINAL

## EXAMEN DE LA APTITUD FUNCIONAL DEL CORAZON

### ESTUDIO DE LA ESFIGMOGRAFIA

POR EL DR. A. MUT
Del Instituto Rubio.

El diagnóstico de las enfermedades del corazón que, desde tiempo inmemorial, había permanecido sin otro apoyo que los escasos síntomas revelados por un examen muy superficial, muy ligero, de los enfermos, adquirió, con el descubrimiento de la percusión, por Corvisart, de la auscultación, por Laennec, y con los nuevos derroteros que abrieron las ideas de Bichat sobre anatomía patológica, una sólida base anatómica fundamental, esencialmente indispensable, que fué el origen de grandes y de prodigiosos descubrimientos. Mas, entusiasmados los médicos de aquella época con los brillantes resultados que el examen físico proporcionaba para el conocimiento del estado anatómico del corazón, olvidaron, descuidaron de cada vez más, la investigación de los trastornos funcionales y el examen general de los enfermos. Andando el tiempo, el progreso en el conocimiento de las alteraciones cardíacas dió á comprender que para formar recto juicio era preciso, no solamente el estudio de la base anatómica, sino la apreciación de las circunstancias causales y el reconocimiento del curso general de la enfermedad. A pesar de esto, continuaron imperando las investigaciones de orden casi exclusivamente anatómico, las cuales han perdurado hasta nuestros días. Aun hoy andan en manos de todos, libros, algunos de fecha muy reciente, en los que se dice, de la manera más categórica y terminante, que no hay punto de la Medicina interna en el que el examen físico proporcione datos tan seguros y positivos como en la patología cardíaca, y que bastan, en un gran número de casos, los signos de percusión y auscultación para llegar á un diagnóstico cierto, exac-

to, decisivo. Modernas investigaciones, basadas en la fisiología experimental, han venido á demostrar plenamente la importancia capital del miocardio, estimándose en su justo valor el principalísimo papel que la actividad funcional del órgano cardíaco ejerce en todos los trastornos circulatorios; y hoy día todos los médicos estamos conformes, ó debemos estarlo, en que sea la que quiera la lesión orgánica que padezca el corazón, lo importante es el restablecimiento de la normalidad funcional, ya aumentando energías ó disminuyendo resistencias, puesto que de esta aptitud, de esta capacidad funcional, depende en primera línea, en primer término, el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento de las enfermedades cardíacas.

Merced á esta nueva concepción de la patología del aparato circulatorio, á este nuevo aspecto de la cuestión, se deben los resultados más favorables que se obtienen hoy de la terapéutica que los que se obtenían cuando dominaba la escuela anatómica, pues entonces los médicos se limitaban á decir, y decían con verdad, que una vez constituída una lesión anatómica, quedaba como incurable, no retrogradaba, y, por tanto, se resignaban estoicamente á presenciar el avance de la enfermedad y el fin de los enfermos. No podemos hoy, pues, repetir con Brouseais y con Sénac, que las enfermedades del corazón son afectos de pura curiosidad, y que su estudio no proporciona otra satisfacción que la inútil de conocer mejor la imposibilidad de curarlas.

Hoy entendemos ó debemos entender que el diagnóstico, el pronóstico y la terapéutica de las enfermedades del corazón no están ligadas, no dependen ni pueden depender exclusivamente del simple hecho de un soplo valvular ni del de una macidez cardíaca aumentada. Hoy estamos convencidos de que los signos físicos de percusión y auscultación nos pueden dar el diagnóstico anatómico, pero nada más. Hoy sabemos que la intensidad de un soplo valvular ó el tamaño del área cardíaca no nos facilitan medios de conocer por sí solos la intensidad, la gravedad ó el período en que se encuentra el padecimiento. Hoy reconocemos que el diagnóstico clínico hay que buscarlo en las condiciones orgánico-vitales del músculo cardíaco; y en cuanto á la terapéutica, es evidente que debemos guiarnos más por el estado de este tejido que no por las alteraciones de las válvulas. Hoy, por fin, está fuera de duda que la investigación de los desórdenes funcionales nos dan mejor cuenta, idea más exacta de la gravedad, período é intensidad del mal, que no los signos físicos exclusivamente.

De hecho pueden existir y existen grandes alteraciones en el juego de las válvulas cardíacas, sin que el enfermo experimente trastornos de importancia, mientras el tejido muscular del corazón

reacciona bien; pero así que éste desfallece, así que éste se hace insuficiente para cumplir la alta misión que le está encomendada, entonces puede decirse que la enfermedad pasa de anatómica á ser clínica, y entonces es cuando debe intervenir la terapéutica propiamente dicha, no para curar la lesión que, como se comprende, es una utopia, sino para restablecer la normalidad funcional, cuya alteración es, al fin y al cabo, lo que por el momento le interesa al enfermo, y lo que le ha hecho acudir á la presencia del médico. Examinar, por consiguiente, la aptitud funcional del corazón todo lo mejor que podamos es de necesidad indiscutible, si queremos formarnos un concepto preciso del estado del órgano central de la circulación.

Los métodos exploratorios aplicados en clínica para el diagnóstico funcional del corazón tienen por objeto establecer los límites de la acción cardíaca, es decir, hasta qué punto el corazón es capaz de cumplir el trabajo que está encargado de realizar, y además averiguar si todos los departamentos del órgano cardíaco trabajan armónicamente ó no. El examen del mismo corazón no nos dice nada acerca de este punto, esto es, que no nos indica hasta qué grado cumple el órgano su deber como motor central de la circulación.

A pesar de los innumerables ensayos que se han practicado para obtener la representación gráfica del choque de la punta, ello es que, sea porque todavía no se ha dado en la parte mecánica con el aparato perfecto que se necesita, sea porque son muchos y muy variados los factores que entran en ese complicado proceso, contra todas las esperanzas concebidas, y aun entiendo yo que contra toda lógica, los investigadores que detenidamente se han ocupado de este asunto están conformes en declarar que no hay cardiograma alguno que pueda considerarse como típico de nada, y, por consiguiente, hasta hoy puede decirse que la cardiografía no ha prestado utilidad clínica de verdadera importancia. El método más importante para el examen de la aptitud funcional del corazón ha consistido siempre, y consiste actualmente, en la exploración del pulso.

Es sabido la gran importancia que los médicos de épocas anteriores concedieron á esta exploración, los cuales crearon verdaderas filigranas de observación clínica, como nuestro compatriota Solano de Luque, que en su obra *Lapis lydius Apollinis* llegó á establecer y diferenciar más de cincuenta clases ó variedades de pulsos. Pero, además de que todo lo que es único producto de habilidad personal no puede constituir fundamento científico de progreso, la clínica moderna no se contenta, por decirlo así, no se satisface con la apreciación de las generales de la ley respecto á la frecuencia, ritmo, energía y amplitud de pulso, sino que, tendiendo más alto su vuelo, pro-

cura investigar la forma de cada onda sanguínea, las cualidades físicas de la sangre, el estado de tonicidad ó elasticidad de las paredes vasculares, el volumen de la onda sanguínea, la cantidad de sangre arrojada en cada sístole, las resistencias periféricas, la influencia de los nervios vaso-motores, bajo cuya égida se encuentra la regulación del calor orgánico, y las funciones principales de todos los órganos.

Programa tan vasto y complicado era imposible que pudiera cumplirlo á satisfacción la sola palpación digital, por fina y educada que se suponga. De aquí nació, al compás que fueron siendo mayores las exigencias, la idea de la representación gráfica del pulso, de los esfigmógrafos, el primero de los cuales se atribuye á Vierrodt en 1855, y cuyos aparatos consisten esencialmente en una palanca amplificadora, movida por un mecanismo de relojería, que inscribe en una tira de papel ahumado detalles que escaparían seguramente á la mano del médico, ó que no podría apreciar con tanta seguridad y exactitud.

Después del aparato de Vierrodt se han construído los de Marey, Dudgeon, Jaquet, Verdin, Philadelphien, etc., etc., todos los cuales significan modificaciones de la primitiva idea en el sentido de su perfeccionamiento ó mejoramiento, hasta las más modernas aplicaciones del micrófono y de la fotografía. Pero sea cualquiera el esfigmógrafo que se use—y convendría que fuera siempre el mismo, pues no son exactamente iguales los trazados obtenidos con diferentes modelos,—es indispensable, para los trabajos modernos de hemodinamia clínica, la adición de un cronómetro, para obtener la gráfica del tiempo, como sucede en el esfigmocronógrafo de Jacquet ó en el de von Frey.

Divídense fundamentalmente los esfigmógrafos en directos y por transmisión, según que la placa destinada á la inscripción forme parte del aparato colocado sobre el vaso, ó que el trazado se obtenga á distancia, como cuando se quieren recoger simultáneamente las curvas del corazón y de las arterias, de arterias y venas, etc.

La esfigmografía, como casi todos los adelantos en Medicina, ha pasado por diferentes épocas, etapas que se han comparado con los vaivenes de un hombre ebrio, que tan pronto se inclina de un lado, como parece que va á caerse del opuesto, hasta que, pasado cierto tiempo, se restablece el equilibrio. Así, en un principio, le fué muy difícil á la representación esfigmográfica del pulso, costóle gran trabajo adquirir derecho de ciudadanía en la práctica médica; más tarde, se multiplicaron de tal modo los trabajos, se reprodujeron de tal suerte las experiencias, se interpretaron de tan distinto modo las más insignificantes alteraciones de la curva, que sobrevino un período de

dificultades y confusiones totalmente opuesto á la verdad científica, que de por sí es sencilla. Posteriores trabajos, más concienzuda é imparcialmente realizados y, sobre todo, practicados con mejores aparatos, han venido á demostrar lo que no tenía más remedio que suceder, lo que imponía la lógica, y es que la esfigmografía puede proporcionarnos, en unos casos, resultados muy exactos; en otros, datos de un valor relativo no más, y, por fin, en muchos no sirve absolutamente para nada.

Este trabajo de deslinde de campos, de separación de conceptos, de aclaración de ideas entre lo que debemos esperar y lo que no podemos obtener de la esfigmografía, me parece de suma utilidad para el clínico que necesita facilidades en su espinosa tarea, demasiado sembrada ya de obstáculos por todos lados. Entre los datos exactos obtenidos por el esfigmógrafo figura la posibilidad de notar con precisión matemática el fenómeno tan importante de la frecuencia del pulso. La modificación cronométrica del esfigmógrafo permite apreciar con una exactitud absoluta, hasta hoy imposible de representar por otros medios tan seguros, aquella condición de la onda pulsátil. Pero donde está el campo de los triunfos de la esfigmografía, donde ha prestado ya excelentes servicios, y es lógico esperar que aún ha de rendirlos mayores, es en el estudio de la igualdad ó desigualdad de la contracción ventricular, en el diagnóstico de la regularidad ó irregularidad del trabajo del miocardio, en la apreciación de la arritmia patológica, en fin.

Las experiencias fisiológicas de Wenkebach han demostrado que la arritmia del pulso proviene de una sencilla alteración en la contractilidad del corazón (*inotropismo*). Esta arritmia se caracteriza por la desigual amplitud de la onda, es decir, por su altura desigual en la curva, y se distingue de las otras formas de arritmia en que, según la gráfica del tiempo, la duración del trazado de la base del pulso es sensiblemente igual en todas las ondas. Digo sensiblemente igual, porque se sabe que el corazón nunca se contrae con una igualdad absoluta, ideal, sino que, aun en sujetos perfectamente sanos, pueden apreciarse diferencias hasta de 2,17 centésimas de segundo. Las alteraciones en la contractilidad del músculo cardíaco pueden afectar cierta regularidad. Esta regularidad, dentro de la contracción arrítmica del corazón, puede sucederse de modo que una pulsación fuerte alterne con otra débil, en cuyo caso se encuentre constituído lo que Sommerbrodt calificó con el nombre de pulso *alternado*.

El pulso alternado que, hasta hace poco, había pasado por ser una forma de arritmia bastante frecuente, es, sin embargo, como lo ha demostrada Herzog, extremadamente raro, porque lo frecuente

es que la alteración en el funcionalismo del corazón resida en una contracción suplementaria de éste antes de terminar la fase diastólica. Las experiencias de fisiología enseñan que normalmente el corazón es insensible á las excitaciones (fase refractaria de Marey) durante el sístole, mientras que es tanto más sensible á dichas excitaciones cuanto más próximo está el fin del diástole. La propiedad de no contraerse el músculo cardíaco sino después de una fase de reposo, lleva el nombre de *cronotropismo*. Pues bien; en los corazones enfermos puede suceder, y ocurre con frecuencia, que el corazón responda prematuramente á la excitación con una contracción intercalada ó suplementaria, con un *extrasístole*.

Este género de arritmia se caracteriza, porque midiendo en el trazado la duración de cada onda pulsátil, se consideran como sístoles normales únicamente aquellas que siguen á un largo silencio, y como intercalados ó extrasístoles, todos los demás. Cada sístole intercalado es más débil que el normal, y la curva lo traduce por una menor altura de la onda correspondiente. Cuando los extrasístoles aparecen regularmente á cada contracción ventricular, de manera que dos pulsaciones constituyen una entidad separada de la precedente y de la que le sigue por una larga pausa, el pulso lleva el nombre de *bigeminado;* si la pausa se presenta cada tres ó cuatro pulsaciones, el pulso se llama tri y cuadrigeminado, y hasta puede apareeer como *novigeminado*, ó sea cada nueve pulsaciones, según ha tenido ocasión de observar Sommerbrodt.

En la bigeminidad del corazón puede ocurrir que el sístole intercalado sea tan reducido que no llegue hasta la arteria radial; de modo que se pueden comprobar, por ejemplo, 60 latidos cardíacos, y el esfigmógrafo no reproducir más que 30 ondas sanguíneas.

Tal fenómeno ha sido designado por Bouillaud con el nombre de *paso en falso del corazón*. La simple inspección del esfigmograma en este caso es capaz de inducir á error, confundiendo este estado con el denominado *bradicardia*. Pero si se tiene el cuidado de recoger al mismo tiempo el trazado de los latidos de la punta del corazón, sobreponiendo ambas curvas, se puede ver que á cada dos pulsaciones cardíacas corresponde una sola radial, ó de otro modo, que el corazón derecho, lo mismo que el izquierdo, se contrae dos veces más frecuentemente que lo que marca el esfigmógrafo.

La *esfigmografía combinada,* es decir, el trazado simultáneo del pulso venoso y el del radial, nos sirve también para diferenciar el «paso en falso» de la llamada «hemisistolia cardíaca», pues la curva muestra, en efecto, que no hay discordancia alguna entre las dos mitades del corazón, sino lisa y llanamente, que se producen dos pulsaciones venosas por una sola arterial. El mismo esfigmógrafo

nos permite, á su vez, de un modo exacto, detallarnos dos formas de *taquicardia*, que ya la clínica había previsto: la taqui-arritmia y la taquicardia sin arritmia; es decir, que la precipitación en la contracción cardíaca depende unas veces de sístoles cardíacos intercalados, con alteración de su cronotropismo, y otras veces obedece á la simple aceleración de las contracciones ventriculares, perfectamente normales, por lo demás, en cuanto á la altura y distancia entre cada onda.

Cuando se toma simultáneamente el trazado del corazón, el pulso venoso y el arterial, se puede llegar á esclarecer ciertas perturbaciones en el *dromotropismo* cardíaco. En estado normal, el sístole comienza en la desembocadura de las grandes venas, gana las aurículas, y de aquí, por intermedio del fascículo de His, llega á los ventrículos que entran en contracción. Pues bien: los experimentos de His, Gerhardt, Mackenzie y otros han demostrado que las aurículas pueden contraerse dos, tres y hasta cuatro veces por cada sístole ventricular, ó, lo que es lo mismo, que el trazado del pulso venoso reproduce dos, tres y cuatro ondas en el tiempo en que se verifica una sola pulsación radial. Estas segunda, tercera ó cuarta contracción auricular se verifican mientras los ventrículos permanecen en reposo. La transmisión de la contracción, desde las aurículas á los ventrículos, puede llegar á interrumpirse por completo, y, en este caso, ambas secciones del corazón se contraen separada é independientemente. Los latidos aumentan, son más frecuentes, y se suceden sin orden ni concierto alguno con los sístoles de los ventrículos.

El trazado de la punta del corazón guarda exacta correspondencia con la curva del pulso radial; pero la contracción auricular se verifica sin congruencia alguna, en cuanto al ritmo y duración con las ventriculares, y viceversa. Hay más: Mackenzie ha podido comprobar en tres ocasiones que existen casos en que el ventrículo derecho se contrae con absoluta independencia del izquierdo. Este fenómeno, que en un principio despertó viva oposición, siendo negado por la mayoría de los experimentadores, está hoy fuera de duda después de los trabajos de Krausse y, especialmente, de Leyden, el que, por medio de su electro-diagrama, ha evidenciado la posibilidad de la existencia de la llamada *hemisistolia cardíaca*.

Por el mismo procedimiento de la esfigmografía combinada se han estudiado, particularmente por Mackenzie, las funciones de las aurículas, cuyas alteraciones funcionales podemos resumir así: Un pulso venoso, bien distinto, claramente diferenciado, indica un éxtasis en la mitad derecha del corazón, sin prejuzgar la causa. Si el éxtasis es poco considerable, se obtiene un pulso venoso de tipo

auricular, es decir, presistólico. Cuando el éxtasis es muy graduado y la contracción auricular se debilita, el pulso venoso adquiere el tipo sistólico ó ventricular. El pulso venoso presistólico no tiene grave significación pronóstica. El pulso de tipo sistólico ó ventricular indica un pronóstico muy grave. La parálisis auricular es un síntoma de agonía.

El mismo Mackenzie reproduce en su libro *(Die Lehre vom puls.* Frankf. 1904) una curva que demuestra la posibilidad de que la aurícula derecha no se contraiga simultáneamente con la aurícula izquierda, sino con el ventrículo derecho. Pero esta disociación ó discordancia en la duración de las fases particulares de la acción cardíaca han sido todavía mejor estudiadas por otros autores, principalmente por Rautemberg, de Königsberg, y por Lichteim, los cuales han tenido la feliz idea de inscribir directamente los movimientos de la aurícula izquierda por la introducción de una sonda en el esófago. Merced á este ingenioso procedimiento, se ha podido determinar una lesión parcial de la aurícula izquierda, consistente en la dilatación activa de la parte superior y pasiva de la parte inferior; pero, sobre todo, se ha comprobado un hecho interesantísimo, y es que algunos ruidos pasajeros sistólicos de la punta obedecen á una insuficiencia temporal — y por ende más ó menos fugaz — de la válvula mistral.

He aquí, de una manera muy sucinta, esquemática, lo que se ha obtenido de la esfigmografía y lo que cabe esperar de ella—pues, como se comprenderá, falta aún mucho que investigar y que aclarar en los diversos puntos que hemos tratado—en el estudio del inotropismo, cronotropismo y dromotropismo del corazón.

Mas, lógicamente, el esfigmógrafo por sí solo no nos puede dar tan completa y exacta idea de otras cualidades del pulso, como nos lo proporciona en la arritmia cardíaca, y la prueba está en que la misma experimentación clínica así lo demuestra.

Desde luego, la altura de la curva esfigmográfica no es equivalente, ni mucho menos, á la plenitud del pulso; es decir, que la apreciación de la intensidad del trabajo cardíaco, juzgado por la altura del trazado esfigmográfico, es muy expuesto á error. Y lo es, porque dicha altura no depende solamente del volumen de la onda sanguínea, sino de la colocación del esfigmógrafo, de su presión mayor ó menor sobre el vaso, del espesor de las partes que recubren la arteria, de la tensión de las paredes vasculares, del tamaño de la misma arteria, etc. Así es, que se pueden encontrar pulsos filiformes con una presión de 150 milímetros, y pulsos de elevadas cimas, con una presión de 90 milímetros, y menos. Cada milímetro de altura de la curva esfigmográfica, tan pronto puede corresponder á medio milímetro de aumento en la presión sistólica, como á 80 milímetros.

De modo que la sola inspección de un trazado esfigmográfico no nos puede dar noción verdad acerca de la energía con que el corazón trabaja.

No menos vaga é incierta es la idea que podemos obtener de la curva esfigmográfica acerca de la celeridad del pulso, esto es, de la velocidad de la corriente sanguínea. Es un error calificar con el nombre de pulso acelerado á una curva cuyas líneas de ascenso y descenso se encuentran en un ángulo muy agudo. Este error lo ha puesto de manifiesto Sahli por medio de sus esfigmogramas absolutos.

Para trazar dicho esfigmograma absoluto se toma nota del tiempo de la línea de ascenso y descenso (de T A P y de T D P), y como un pulso tiene que ser tanto más rápido, cuanto más corto es el tiempo que tarda en su ascenso y en su descenso, se puede determinar, según Janowski, para cada pulso, el coeficiente de su velocidad C C P por la media geométrica de la velocidad media de su ascenso $\frac{PD}{TAP}$ y de su descenso $\frac{PD}{TDP}$ (en la que P D representa la presión del pulso tomada por medio del manómetro), ó sea:

$$CCP = \sqrt{\frac{PD^2}{TAP \times TDP}}$$

La media de C C P, después de los numerosos trabajos de Janowski, es de 1,5 á 3,8, variando en relación de la talla y edad de los individuos. La conclusión científica que se desprende de estos hechos, es que la curva esfigmográfica, cuando no se transforma en el esfigmograma de Shali, puede dar una idea diametralmente opuesta á la verdad.

Por último, la esfigmografía fracasa cuando pretendemos sacar consecuencias acerca de las resistencias periféricas que se oponen al trabajo del corazón, lo mismo que cuando queremos tener una idea, siquiera sea aproximada, sobre la presión que reina en el sistema circulatorio y los límites de las oscilaciones de esta presión.

La altura de la presión arterial no puede evaluarse por la forma de la onda pulsátil dibujada en el esfigmograma, ni tampoco por la distancia que separa las elevaciones secundarias de la cúspide principal, elevaciones determinadas por un complicado sistema de ondas aún poco conocidas.

# ¿COMO COMBATIR LA ABULIA?

POR EL DR. ABDÓN SÁNCHEZ-HERRERO
Director del Sanatorio del Pilar; de la Beneficencia municipal, por oposición.

*La palabra y la sugestión hipnótica.*—No hace muchos días, en un periódico francés, *Las Lecturas Médicas de París,* encontré un hecho que me hizo meditar. El artículo se titulaba *Poderío de la palabra en la clínica*, y en él se refería el caso de un médico que, muerto á la edad de sesenta años, y habiendo ejercido la profesión cuarenta, no había firmado durante ellos arriba de *veinte* recetas. Era de una erudición inmensa y de una palabra tan seductora, que embelesaba á sus oyentes. Claro se ve que se trataba de un psicólogo admirable, que había aprendido el enorme poder de la sugestión en la conciencia y en el mundo. No me sería difícil demostrar, con el auxilio de la Historia, que oradores y escritores, estos reyes del entendimiento que no tienen más arma que el motor divino de la palabra (semejantes en la sociedad á los neuronas en el organismo), son los fascinadores de las muchedumbres, como los faquires indios lo son de las serpientes, los sacerdotes de las ideas y los instrumentos escogidos de que se vale Dios para acelerar el progreso del mundo. Ellos pueden repetir con Salomón: *Yo soy la inteligencia; mía es la fortaleza.* Pues lo que logra la palabra que, cuando es elocuente, puede transformar las piedras en corazones, lo consigue mucho mejor la sugestión hipnótica actuando sobre seres de resistencias internas anuladas.

*El examen de la vida pasada.*—Cuando nos encargamos de la asistencia de un hipobúlico, debemos hacer un análisis, tan profundo como nos sea dable, de su conciencia. ¿Ha vencido aquel sér en la batalla de la existencia? ¿Ha tenido aspiraciones? Si las ha tenido, ¿se han realizado? En caso negativo, ¿á qué se debe su fracaso? ¿Qué defectos han influído más en él? ¿Ha adelantado hasta llegar á lugar alto en su profesión, ó se ha mantenido en los más bajos? ¿Su situación presente le satisface? ¿No desea mejorarla? ¿Ya cree inútil el esfuerzo? ¿Es de los que atribuyen á los otros sus derrotas, ó las cree debidas á sí mismo? ¿Conoce bien su valor personal, lo aminora ó lo exagera? ¿Y el de los otros? ¿Los comprende ó los calumnia? ¿Qué educación recibió este sér? ¿Fué educado para pensador ó para hombre de acción? ¿Qué influencias morales ha tenido? ¿Qué personas han ejercido esta influencia y por qué medios? Ninguno de estos datos es ocioso, cuando se trata de conocer el estado exacto de una voluntad. Cada hombre es tan complejo como un mundo.

*¿Es hipobúlico ó parabúlico?*—Es indudable que en este caso el estudio reflexivo nos dará la respuesta. Que no hay problema insoluble para la razón, dentro de lo relativo, cuando se dispone de estos elementos: *tiempo* y *método*. Y tiene importancia la resolución de este punto de diagnóstico, para el tratamiento, que es distinto en cada caso. Hipobúlicos son aquellos que no quieren con bastante intensidad, ni durante suficiente tiempo, ó están sometidos—con protesta íntima de su conciencia—al poder de parabúlicos. Así, en la funesta noche de San Bartolomé, descrita con vibrante estilo por los primeros historiadores franceses, la parabúlica Catalina de Médicis tenía apresado entre sus garras á su hijo el rey de Francia, constreñido por ella á la ejecución de aquella horrible matanza, debida á su servil obediencia de hipobúlico. Y como la vida es acción continua y vertiginosa, hay que reconocerlo, la facultad de la voluntad aparece un grado, pero sólo un grado, inferior á la inteligencia. Mirad á los conductores de muchedumbres, á esos seres llegados al sumo prestigio, que estudia Lebon en su *Psicología de las multitudes*, y reconoceréis, antes que entendimientos luminosos, avasalladoras voluntades. ¡Dichoso el que reúna al entendimiento de Kant la voluntad de Lesseps!

*¿Es parabúlico espontáneo ó inducido?*—En los fondos del mundo moral, existen sujetos espontáneamente parabúlicos, que jamás se impresionan por el bien que aperciben, ni pueden siquiera concebirlo con su idea. A éstos pudiéramos llamarlos lobos extraviados entre los corderos, cizaña nacida entre el trigo; pero la Psiquiatría nos enseña que son locos morales (Moral insanity, de Pritchard). A esta categoría pertenece la *prostituta nata*, estudiada por Max Rubner, que ni puede ni quiere ser redimida de su vida de vilipendio. Pero hay parabúlicos por inducción, que vienen de los dominios de la hipobulia, muy extensos hoy, por desgracia, y que experimentan una extraña fascinación en contacto con los parabúlicos espontáneos, reconociéndolos desde que los ven por sus guías en la vida. En otra ocasión, en el Ateneo Municipal, cité con motivo distinto el ejemplo del *souteneur* parisién *(parabúlico espontáneo ó nato)*, y la infeliz prostituída á quien explota *(parabúlica inducida*, susceptible de curación). La sociedad contempla indiferente esos hechos monstruosos, que no le turban la digestión; pero la ciencia llamada por Dios á la libertad *no puede tolerar que haya esclavos*, y hará una guerra tal al mal, cuando se decida á estudiar el mundo moral con la atención que merece, que no subsistirá de él ni aun el recuerdo.

*La limpieza interior*.—El problema de definir la clase de alteración voluntaria que padece el sujeto, es asunto de pura lógica, perteneciente al campo de la Patología científica. Las medidas tera-

péuticas son de orden práctico, aquí como fuera. La primera es *privar al sujeto de su auto-gobierno*. En efecto; este hombre ha demostrado con sus hechos que no sabe conducirse en el mundo, que ignora la ciencia complejísima de la relación inter-psíquica. Y como es susceptible de aprenderse, es preciso enseñársela. Hay que considerarle como un niño y ponerle á disposición de un alienista experto, en un establecimiento privado ó público, según los recursos de que se disponga. No sería justo que los pobres, por el mero hecho de serlo, se vieran privados de las ventajas de un tratamiento bien comprendido. En este punto, los edificios benéficos actualmente existentes en España, cuyo estado no he de indicar, porque bien notorio es (y no por culpa de su personal, abnegado é inteligente como pocos), necesitan una reforma radical. Una vez el enfermo á cargo del médico, y conocedor éste de su situación moral, ha de reflexionar que se le ha encomendado *un alma deforme* (si el lector me permite esta expresión). Nada más funesto en este caso que las seculares precipitaciones de los clínicos. Nada de sesiones de cinco minutos. La ortopedia moral las exige de muchas horas, con paciencia de benedictino.

*La labor destructora.*—La segunda medida necesaria es *hipnotizar al sujeto*. Regla: no hay que decir una sola palabra, mientras no se obtenga el sonambulismo clásico, con sus síntomas somáticos específicos y *con comprobación de la analgesia durante él* y del olvido post-hipnótico. Fracasan muchos hipnotizadores noveles en su empeño, por precipitación y por no esperar los grados profundos de la hipnosis, ni saberlos reconocer cuando los tienen delante. Una vez conseguido esto, que es el instante oportuno, todo lo demás depende del talento y experiencia del hipnotizador. De su palabra y elocuencia. Es preciso que aquel sér halle, como San Pablo, su camino de Damasco. ¿Qué hace el labrador inteligente cuando ve invadido su campo, sembrado de trigo, por plantas extrañas, como la amapola, el cardo, la ortiga, la zarza y el jaramago? Las arranca de raíz. Y ¿por qué? Porque aquellas plantas, que no son inútiles en la Creación, la cual revela en todos sus detalles el paso de la Omnisciencia, son perjudiciales en aquel lugar y en aquel tiempo, consumiendo sin provecho el vigor de la tierra, nuestra madre, en detrimento del vegetal que asegura la alimentación del hombre. Siguiendo este ejemplo, nosotros desarraiguemos de aquella conciencia el mal en imagen y en idea, antes de proceder á la segunda parte del tratamiento.

*La labor constructora.*—Una vez el endocosmos sin ninguna imagen dañina y el espíritu sin ninguna idea falsa, en lo relativo á la distinción entre el bien y el mal, es ocasión de sustituir la crítica

por la afirmación. Nosotros debemos recordar el gran poder de la imitación en el mundo moral, y que la mayor parte de los hechos en la vida individual y colectiva obedecen á ella. Plutarco, al describir las historias de los hombres ilustres de la antigüedad, no sólo trazó una hermosa obra literaria, sino que se ha visto después que muchos grandes personajes modernos llegaron á la celebridad imitando en su propia vida aquellos ennoblecedores ejemplos. Ante un sonámbulo hipobúlico hay que hacer desfilar imágenes de la existencia de un hiperbúlico; por ejemplo, Napoleón el Grande, Fernando de Lesseps. Y hay que hacerle sentir el prestigio de estas vidas, conmoverle, hacérselas amar, y para eso están la elocuencia y el arte. Se me dirá: Eso no es fácil, y necesita mucho trabajo y mucho tiempo. Y ¿qué le vamos á hacer? El ejercicio de la Medicina en todos los tiempos fué penoso, y hoy lo es más que nunca. La profesión de alienista es tan ardua, que no se puede encarecer con palabras. Una cosa es leer en los libros las descripciones teóricas, y otra vivir entre enajenados y consagrarse concienzudamente á mejorar su triste suerte. Los que no se sientan con vocación para ejecutar tan espinosa faena, harán muy bien en renunciar á ella. Hay que tener también entendida, en el tratamiento de un hipobúlico, esta regla: *la circunscripción de los propósitos hace la voluntad más intensa.* Es lo mismo que dice el vulgo, con su sentido práctico habitual: el que mucho abarca, poco aprieta. Y si no, fijémonos en que los hombres que han conquistado la gloria, la han conseguido por esta limitación de sus intenciones. ¿Qué hizo Kant toda su vida? *Estudiar la razón:* y como á nadie se le había ocurrido querer hacer eso, y hacerlo con tanto ahinco, ese propósito le inmortalizó. ¿Qué hizo Hegel? *Estudiar la idea:* eso mismo había hecho en la Edad Antigua Platón, pero no con la intensidad del pensador alemán, porque siendo aquél un espíritu más universal, abarcó más propósitos, y, por tanto, perdió profundidad. Podría multiplicar los ejemplos históricos reveladores de la certeza de esa regla, llamada á sanar á muchos hipobúlicos.

*Querer es poder.*—Ante un sonámbulo parabúlico, la labor es más difícil. Pero no imposible. Hay que cambiar por la sugestión el sentido de la vida para este sér. Demostrarle que no es fin, sino medio. Hacerle avergonzar de su pasado, por la proyección de ciertos episodios que nos sean conocidos, y reconstruyendo las escenas por vía alucinatoria, para producir la emoción. Algo semejante á lo que hacen modernamente los jueces con los asesinos, reconstituyendo el acto del crimen, para lograr el esclarecimiento de los hechos. Sin que el sujeto comprenda la inmoralidad de su conducta, no puede desear hacer el bien. Ni el encanto de la virtud. Obtenido,

hay que proyectar la vida de una voluntad buena. Para suscitar imágenes de contraste. En resumen, la vida de un santo, de un hombre de bien. Este parabúlico, esta planta aberrante, que en lugar de flores y frutos da estiércoles, ha de llegar al convencimiento de que puede redimirse *así que lo quiera*. Y es la regla la curación en los parabúlicos inducidos; ésta es mucho más problemática en los espontáneos ó natos.

*Gutta cavant lapidem.*—Cuando se estudia la Historia, este archivo de lo *real concreto,* el que aparece á la mente del pensador imparcial como el poema eterno del progreso de las almas en el mundo, del cual no se llevan más que la representación, *el recuerdo,* pero al que dejan obras más perfeccionadas á cada generación que pasa, resulta demostrado el inmenso poderío de la voluntad en la Tierra. Mas ¿que sería la voluntad sin la constancia? No sólo hay que poseer voluntad intensa, sino también voluntad perseverante. Así como la idea fija, la *obsesión,* en el dominio del entendimiento, es una enfermedad, una desdicha, una calamidad, en el dominio de la voluntad da al sér una fuerza tan grande, que desaparecen los obstáculos que ante otros serían insuperables. ¿Quién, mirando á San Pablo, por ejemplo, en el primer obscuro período de su vida, podrá dejar de admirarle al verle hablando en el Areópago de Atenas, perseguido, encarcelado, llevando una vida de lucha incesante, hasta abandonar en Roma, bajo el imperio del parabúlico Nerón, aquella cabeza pensadora, en la que había anidado la idea de toda la Humanidad? Pues ese cambio se debió á su transformación en hiperbúlico. *Quiso* y venció.

---

## LAS CORRIENTES DE ALTA FRECUENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LOS TUMORES MALIGNOS

Por el Dr. Teodoro Gaztelu
Del Instituto Rubio.

Constituye este medio físico un factor terapéutico de gran valor en el tratamiento de muy diversas afecciones, desde que la repetición de los éxitos, obtenidos mediante su empleo, ha evidenciado su utilidad, especialmente en aquellos casos en que, por decirlo así, el enfermo queda á merced de los progresos que, más ó menos lenta, pero continuamente, va realizando su enfermedad después de agotado todo recurso. Motivo de controversia entre Riviére y Keating-Hart, acerca de la prioridad en su indicación, parece hoy fuera de

duda corresponde al primero de los investigadores antes citados, toda vez que su comunicación al primer Congreso de Electrología y Radiología Médica, celebrado en París en 1900, se refiere á la *acción de las corrientes de alta frecuencia en la tuberculosis y algunos tumores malignos*, tratamiento que empecé á utilizar como isquemiante á raíz de dicha comunicación, y es bastante anterior á los trabajos de Keating-Hart acerca de este punto.

A fin de ser menos confuso, y en gracia de la brevedad, omitiré la parte correspondiente á técnica física, haciendo únicamente algunas consideraciones acerca de la acción fisiológica y terapéutica de las corrientes de alta frecuencia, ó tratamiento mediante la fulguración, como impropiamente se denomina en la actualidad el empleo de este medio físico, denominación que alguna vez utilizaré, ya que parece estar sancionada por el uso.

*Efectos producidos por la fulguración en los tejidos normales.*— A D'Arsonval y sus colaboradores se debe la mayor parte de las nociones que actualmente poseemos acerca de la fisiología de las corrientes de alta frecuencia, juntamente con la explicación de su inocuidad, consecuencia lógica de la ley de excitabilidad establecida por dicho autor.

Cuando se excita un grupo muscular con una corriente alternativa de ondas muy distanciadas unas de otras, el músculo no reacciona; elevando la frecuencia á 20 ó 30 por segundo, entra en tétanos, que persiste para todas las frecuencias comprendidas entre esta cifra y 5.000 por segundo; mas por encima de 5.000, el músculo va haciéndose cada vez menos excitable conforme aumenta la frecuencia, llegando un momento en que deja de responder á los cientos de miles de excitaciones por segundo, que determinan las oscilaciones de alta frecuencia, efectos diversos que no pueden explicarse sino admitiendo, tanto en los nervios motores como en los sensitivos, una especial disposición para no responder más que á vibraciones de una frecuencia determinada. Esta explicación es tanto más de aceptar, cuanto que guarda estrecha relación con las leyes de excitabilidad de los nervios sensoriales; el nervio óptico, por ejemplo, es inexcitable á las ondulaciones etéreas inferiores á 394 trillones por segundo y superiores á 758; y de la misma manera, nuestro oido no percibe los sonidos producidos por vibraciones inferiores á 16, ni superiores á 50.000 por segundo.

Las corrientes de alta frecuencia, suministradas por aparatos *ad hoc* (resonador de Oudin, aparato de Gaiffe, etc.), son total y complemente inofensivas para el hombre; mas no así para los animales, conforme se desprende de los experimentos de Bordier y Lecomte, que, haciendo actuar sobre conejos, cobayos y ratas, corrientes de alta

frecuencia procedentes de dichos aparatos, han llegado á producir hondas perturbaciones nerviosas (paraplegias, tetanizaciones, etc.) y aun la muerte, inmediata ó tardía, en dichos animales de laboratorio.

La explicación de estos accidentes difiere según los autores: para Bordier y Lecomte, sería debida á la inhibición de los centros respiratorios; para André Broca, los accidentes cardíacos son los determinantes de la muerte, y, por último, D'Arsonval los cree debidos á coagulaciones y embolias consecutivas, producidos por la gran cantidad de calor desarrollado á nivel de la zona fulgurada; en una palabra, según acertadamente expone este último autor, la causa prima de la muerte sería el excesivo amperaje que entraña una elevación proporcional en la temperatura; de modo que la corriente de alta frecuencia únicamente podrá ser nociva para el hombre en el caso de atravesar el organismo con una intensidad de muchos amperios, intensidad que los aparatos que la proporcionan jamás permiten alcanzar.

Proyectada sobre los tejidos, la chispa actúa por sus efectos mecánicos, electrolíticos y térmicos; sobre la piel normal produce inmediatamente una sensación de choque y de calor; la sensación de percusión ó choque es tanto más intensa, cuanto más elevado es el voltaje; al contrario de la sensación de calor, que guarda relación, en cuanto á su intensidad, con el grosor y cortedad de la chispa, y llega en poco tiempo á hacerse verdaderamente insoportable. El sitio golpeado por la chispa adquiere una coloración blanquecina, que se extiende según una circunferencia de uno á dos centímetros de diámetro, y es debida á la anemia espasmódica provocada por el efecto percutor; es más ó menos persistente, pero en todo caso, siempre va seguida de enrojecimiento por vaso-dilatación paralítica consecutiva. A esta anemia espasmódica es á la que, según Oudin, hay que atribuir la producción de anestesias y analgesias en ciertas aplicaciones locales de alta frecuencia.

Continuando la acción de la chispa sobre un mismo punto, no es raro ver aparecer una pequeña flictena descansando sobre una base infiltrada. Esta flictenización reconoce como causa la acción térmica, ó efecto calorífico de la chispa, y puede en cierto modo cortarse oponiéndose á la elevación de temperatura del aire recorrido por ella.

El enfriamiento de la chispa, mediante una corriente de aire ó de ácido carbónico que circula por el interior del electrodo, es precisamente una de las particularidades del método de Keating-Hart en el tratamiento del cáncer por este procedimiento. En efecto: este y otros autores insisten acerca del hecho comprobado de que la chispa

enfriada produce escaras delgadas, flexibles y poco adherentes, mientras que la chispa no enfriada da lugar á una verdadera carbonización de tejidos con escara gruesa, seca y adherente.

*Modificaciones microscópicas.*—Nobele y Tytgat (de Gand) han estudiado con detenimiento lo que á esto se refiere, operando en perros, y eligiendo para sus investigaciones la cara interna del muslo, pliegue de la ingle y región hipogástrica, por ser en estos sitios la piel más delgada y estar en algunos perros desprovista casi en absoluto de pelos. Sus observaciones se refieren en unos casos á efectos de la chispa no refrigerada, y en otros á efectos observados empleando el electrodo de Keating-Hart. En el primer caso, las alteraciones alcanzan su máximum de intensidad á nivel de la zona fulgurada, disminuyendo á medida que nos alejamos del centro, hasta llegar á desaparecer por completo á distancia variable, pero siempre escasa, del punto percutido. En la zona de máxima intensidad ó central, la capa de células planas de revestimiento ha desaparecido por completo, y difícilmente pueden apreciarse en algunos puntos, revistiendo el aspecto de un magma amorfo difícil de colorar. La zona de células epiteliales subyacentes se reconoce mejor merced á su más fácil teñido: se encuentra levantada en algunos puntos, con tendencia á la formación de pequeñas vesículas; en otros parajes aparece rota, fragmentada y desgarrada. Los tejidos subepidérmicos sufren profundas modificaciones de estructura. Las células aparecen en muchos sitios destruídas, y en el espesor mismo del tejido existen extensas cavidades vacuolares repletas de restos celulares; á su vez, los elementos amorfos se entrecruzan en distintas direcciones, formando una especie de retículo sumamente irregular. Más profundamente hacia la capa subdérmica, las alteraciones decrecen rápidamente, y han desaparecido por completo en la capa grasosa subcutánea. A un aumento en la intensidad corresponde alteraciones más hondas, que afectan á todos los elementos celulares antes citados. En la capa epitelial pueden apreciarse las células transformadas en un magma amorfo uniformemente coloreado, en un bloc sin estructura; es el tipo de la necrosis por coagulación. Lo mismo sucede con los elementos del dermis y capa superficial del subdermis. Pero, cosa notable: los bulbos pilosos apenas están alterados; sus células ostentan un contorno bastante bien definido; el núcleo se percibe con claridad, y en ningún caso son de apreciar alteraciones por vacuolización de la célula; algunas glándulas sebáceas escapan igualmente á la destrucción. Más hacia la periferia, las alteraciones son casi análogas á las de la zona central, encontrándose, no obstante, un número considerable de células, que conservan íntegro su núcleo, protoplasma y membrana de cubierta.

Refrigerando la chispa durante la fulguración de la piel normal, las modificaciones que se aprecian son, para Nobele y Tytgat, casi análogas á las anteriormente indicadas, pudiendo únicamente admitirse que las lesiones son un poco menos intensas y un poco más superficiales.

Los folículos pilosos, que se ofrecen casi íntegros examinados inmediatamente después de la fulguración, se ve han desaparecido en gran número, cuando dos meses más tarde, por ejemplo, se investiga el tejido de cicatriz consecutivo, y los que persisten ostentan caracteres regresivos claramente perceptibles. Este distinto aspecto, en uno y otro caso, no es consecuencia más que de una verdadera sideración del pelo, que sería herido en su vitalidad sin ser asiento de alteraciones celulares demostrables mediante el microscopio; hecho que armoniza con las observaciones de Keating-Hart, que ha visto eliminarse masas neoplásicas voluminosas que no habían sido directamente atacadas por la chispa. Cabe, pues, en este caso, suponer se trate, más que de una destrucción, de una especie de estupefacción ó schoc celular, que vendría á herir dichos elementos por contragolpe.

Por lo que se refiere á la profundidad á que actúa la chispa, las opiniones de los diversos autores están muy contrapuestas. Últimamente, Tuffier, en el Congreso Internacional de Cirugía celebrado en Bruselas, afirmó en sus declaraciones que la fulguración no altera los tejidos más que á la profundidad de 1 $^1/_2$ á 2 milímetros; á mayor profundidad, según él, el tejido sano ó canceroso no es alterado ni trastornado en su actividad. Pero muy recientemente, también Nobele y Tytgat lo han demostrado más cumplidamenle, haciendo actuar la chispa sobre un trozo de carne (tallado en bisel, y cuyo grosor aumentaba de 1 á 10 milímetros) colocado encima de una placa fotográfica, envuelta en papel negro. Dicha placa dejó de impresionarse al atravesar un grosor superior á 5 milímetros. De todos modos, sea ello lo que quiera, la clínica se encarga de demostrar que sólo por su intermedio se eliminan masas neoplásicas considerables.

*Corrientes de alta frecuencia y terapéutica.*—Se utiliza á este objeto, bien la chispa directa del condensador (corta y bien nutrida, actuando por su amperaje ó larga y delgada en lo que predomina el voltaje), chispa de condensación y efluvio, que no difiere de la chispa más que en el grado de concentración de la energía de alta frecuencia. Su campo de acción, muy limitado cuando D'Arsonval, Charrin y Oudin introdujeron este medio en la práctica médica, ha adquirido actualmente una gran extensión, y hoy se tratan afecciones muy diversas utilizando sus propiedades anestésicas, analgésicas,

hemostáticas, destructoras de los tejidos patológicos y excitantes de la vitalidad del tejido sano. Nada tiene, pues, de extraño, según esto, que haya dado buen resultado en el tratamiento del prurito general, localizado en ciertas formas de eczema tuberculosis ganglionares, *lupus*, etc.; pero su indicación más preciosa se refiere al tratamiento de las neoplasias malignas; su efecto hemostático es, en algunos de ellas (sarcomas), verdaderamente sorprendente, y yo he tenido ocasión de comprobar en varios casos, como sufusiones sanguíneas, que resistían á todo medio y amenazaban, por su persistencia, la vida de los enfermos, cedían á la primera sesión.

Indudablemente, la vaso-constricción provocada por la chispa juega un importante papel en la producción de la hemostasia; mas no el principal, toda vez que ella sola no basta para explicar su persistencia, que es lo más probable sea debida á pequeños trombos que, obturando las aberturas capilares, impiden el flujo sanguíneo. En algunos casos, sin el concurso del cirujano pueden esperarse de la fulguración los más felices resultados; yo he podido apreciarlos en concroides de mejilla, de labio y ala de la nariz la cicatriz que posteriormente indica dónde radicó la ulceración; es blanda y flexible, discrepando apenas por su coloración de las partes vecinas. Cuando el tamaño de la neoplasia es excesivo, da mejores resultados la exéresis previa; pero aun en este caso conviene previamente someter la masa tumoral á la acción de la chispa durante algunos minutos, á fin de modificar su consistencia y hacer más fácil su separación del tejido sano. El segundo tiempo de la operación que Pozzi, con razón, denomina quirúrgico, no tiene otro objeto que extirpar, mediante la cucharilla, el tejido neoplásico, sin ir más allá del límite establecido por las zonas, que empiezan á hacerse sangrantes; el raclado se hace con muy escasa pérdida de sangre, puesto que la precedente aplicación ha hecho, por decirlo así, hemostasia previa. El tercer tiempo de la operación se refiere á la fulguración propiamente dicha en él; el práctico electrodo en mano, paseo la chispa por toda la superficie cruenta, haciendo que penetre, á ser posible, en todos los repliegues y anfractuosidades; la duración de la sesión no debe exceder de treinta minutos ni bajar de diez; la hemostasia terminal es superflua, puesto que la más perfecta la suministra la chispa; únicamente terminada la sesión, se colocará un amplio drenaje y el apósito conveniente.

Los beneficiosos efectos de la fulguración se aprecian desde el primer momento; el dolor desaparece por completo; pero el fenómeno más notable consiste en la aparición de un exudado seroso, en abundancia tal, que obliga á renovar frecuentemente el apósito.

En el exudado examinado al microscopio se encuentran, según

Alexis y Sicard, hematíes deformadas y un gran número de leucocitos polinucleares. La superficie golpeada por la chispa es asiento de modificaciones que abocan á la formación de una escara; ésta es prontamente eliminada, apareciendo debajo un tejido de granulación que rellena con rapidez pasmosa las pérdidas de sustancia; la cicatriz consecutiva es flexible, no retráctil, y en un todo satisfactoria, desde el punto de vista de la estética.

Lo anteriormente indicado responde á lo observado por los profesores Keating-Hart, Layet, Zuge, Pozzi y otros. Czerny presenta también una estadística numerosa y parecida á la de Keating-Hart, y en todos ellos el éxito acompaña al tratamiento, en el mayor número de casos, tratándose de sarcomas y epiteliomas en sus distintas variedades; por mi parte, los 14 casos que llevo tratados, y á continuación expongo, mas cuatro actualmente en tratamiento, constituyen la materia experimental de conocimiento de que hasta ahora he podido disponer; son los siguientes:

J. P., cuarenta y tres años; epitelioma, labio inferior, en su mitad izquierda; su data, cuatro meses; algún pequeño infarto en la región submaxilar del mismo lado; ulceración con diámetro de una moneda de dos reales; buen estado general del enfermo. Primera aplicación de las corrientes de alta frecuencia el 14 de Diciembre de 1907; como tópico, subnitrato de bismuto radífero; alta el 7 de Febrero de 1908; sesiones, 23, de diez á quince minutos de duración; á la región submaxilar 8 aplicaciones roentgenterápicas; este enfermo no ha experimentado la menor molestia después de dado de alta.

F. R., treinta y nueve años; carcinoma de la mama izquierda, intervenido quirúrgicamente dos veces; ulceraciones y nódulos numerosos sobre y en las inmediaciones de la línea de cicatriz; fenómenos avanzados de pleura; deplorable estado general de la enferma, aquejada de terribles dolores; sedación completa de éstos á la primera sesión de veinte minutos. El mal estado de la enferma la hizo imposible continuar viniendo á mi clínica después de 10 sesiones. Posteriormente tuve noticia de su fallecimiento, dos meses más tarde de su primera visita.

A. M. y F. L.; epiteliomas de dorso y ala de la nariz, respectivamente, con extensa pérdida de sustancia este último, y los dos intervenidos de raspado y cauterizaciones. Curación: el primero, con 14 sesiones, y con 29 el segundo, ambas de quince minutos de duración.

R. R.; epitelioma, mejilla derecha; ulceración pequeña, descansando sobre base indurada; nada de infartos; curado con 10 sesiones de diez minutos de duración.

J. V.; sarcoma del maxilar superior, voluminoso, al punto de

obligar al enfermo á permanecer con la boca constantemente abierta; sufusiones sanguíneas abundantes, que se acrecientan al tomar cualquier clase de alimento que no sea líquido; fenómenos neurálgicos, intolerables por su intensidad. Seis meses de tratamiento, durante los cuales sufrió la aplicación de corrientes de alta frecuencia, de veinte minutos de duración las 30 primeras, decreciendo hasta quince en las últimas; cohibición de hemorragias; supresión de dolores; mejoramiento progresivo del estado general y local, y alta á los ciento treinta y cinco días de iniciado el tratamiento.

Por último, para hacer más breve la exposición de este artículo, haré únicamente mención de otro caso de tumor maligno de mama, curado; uno de epitelioma de recto recidivado, en que el tratamiento no dió resultado, y así sucesivamente hasta catorce, distribuídos por regiones faciales; los que actualmente se encuentran sometidos á tratamiento son uno de dorso de nariz, de región temporal, de labio y de pabellón de la oreja, este último muy extenso.

En cuanto á medios de tratamiento, reuno todo lo que á este fin han descrito Riviere, Oudin, D'Arsonval, Keating-Hart, etc.; antes utilizaba un eléctrodo atravesado en toda su longitud por el tallo conductor, y que la experiencia se encargó de poner en relieve sus defectos: el principal, la pérdida que supone el establecimiento de pequeños circuitos en la mano del operador; ahora me sirvo de otro, con mango hueco también, pero no atravesado todo él, como el otro, por el tallo conductor, pues en éste sólo lo hace en su tercio anterior ó extremidad anterior, que es la qne recibe el hilo conductor; á su vez, la extremidad posterior puede entrar en conexión, mediante un tubo de goma, con el cañón de salida de un aparato insuflador, refrigerándose la chispa por el contacto con una corriente de aire lanzada con la violencia que se desee.

Á modo de conclusiones ó resumen más general de lo anteriormente indicado, puede establecerse:

1.° Que las corrientes de alta frecuencia curan en muchos casos neoplasias malignas, lo mismo superficiales que profundas.

2.° Destruyen únicamente las masas tumorales, respetando los tejidos sanos.

3.° El resultado es tanto más satisfactorio, cuanto más precozmente se instituya el tratamiento.

4.° La fulguración, tal como debe conceptuarse, en modo alguno excluye de su campo de acción á la cirugía, toda vez que ambas se complementan.

## CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LA AUTO-INTOXICACIÓN GRAVÍDICA

POR EL DR. FRANCISCO BLASCO

Del Instituto Rubio.

A medida que va generalizándose en nuestras costumbres encargar al tocólogo que tiene que asistir el parto el cuidado de la embarazada desde los primeros meses hasta el fin del embarazo, cuidado que deja de ser patrimonio exclusivo de la clase elevada para estar al alcance de todas las clases sociales, ya que las consultas de ginecología van llamando á su seno á toda mujer embarazada, invitándolas á buscar consuelo á sus padecimientos, llevando á su ánimo la necesidad de estas consultas y apartando la idea, tan arraigada en todas, de que el embarazo por sí tiene sufrimientos y molestias, se ve aumentar el número de embarazadas que asisten á las consultas, lo mismo que nuestras visitas á domicilio, y esto redunda seguramente en beneficio de la madre y del feto.

El embarazo, en cuanto á la madre se refiere, tiene manifestaciones múltiples, que bien pueden encajar dentro de dos grupos: unas, mecánicas, que crean dificultades análogas á las producidas por una ascitis, quiste ovárico grande, etc., y otras, que yo me atrevo á llamar de auto-intoxicación, incluyendo en esta denominación esa serie de manifestaciones indefinidas, que una vez pertenecen al estómago y producen vómitos, tipo matutino unos días, para ser sustituídos por un vómito en medio de las comidas ó al final, y que permite continuar comiendo sin protesta del estómago; otras veces, unas pirosis, verdaderamente mortificantes, que no ceden, y muchas veces no se consigue aliviar con los tratamientos médicos usuales; otras veces esos trastornos tocan al intestino, haciendo alternar la diarrea con la astricción, ó presentándose diarrea, que no se modifica con nada, y que cede á los pocos días del parto, sin que hagamos nada para conseguirlo; y no digamos del sistema nervioso, con cambios de carácter, neuralgias diversas, mareos, etc., y, en una palabra, una serie de manifestaciones tan raras y hasta extravagantes, que no cabe aceptarlas, ó por lo menos yo no las acepto como manifestaciones esenciales del embarazo. Mucho se ha teorizado sobre este particular, queriendo buscar explicación que satisfaga al espíritu; yo tal vez sea exagerado al afirmar que tenemos que buscar la patogenia de toda esta serie de síntomas en algo anormal que ocurre en la intimidad del embarazo; y corrobora esto lo frecuente que es encontrar pacientes sin ningún síntoma de los llamados de embara-

zo, excluyendo la amenorrea primero, y los movimientos fetales á mitad del embarazo, y terminando con los síntomas llamados mecánicos.

No debemos olvidar que la función de reproducción, necesaria para la conservación de la especie y característica de todo sér vivo, debe ser eminentemente fisiológica, sin causar molestias ni trastornos, como no los causa el estómago normal en el curso de una digestión, y como no sentimos el corazón mientras cumple su misión continua é importante en la vida. El embarazo, como dice Bar, no constituye un período de sacrificio y sufrimiento para la madre cuando ésta está sana, y el feto á su vez se desarrolla perfectamente. Feto sano en madre sana, dice el mismo autor, haciendo aplicación del aforismo «*Mens sana in corpore sano*», y es lógico sea así. La madre y el feto son dos entidades que viven juntas, una á expensas de la otra, constituyendo un tipo de simbiosis armónica homogénea, la cual simbiosis, si existe en toda su cualidad de armónica, constituirá el tipo del embarazo sin molestias ni trastornos de ninguna índole, y durante el cual hasta parece que hermosea á la madre, la nutre, y da á su semblante la expresión de satisfacción y alegría que toda mujer experimenta al sentirse madre. Creo conveniente sustituir de la ley ó aforismo de Bar, la denominación feto por la de huevo, con lo cual queda incluído, no sólo el sér viviente en cualquiera de sus períodos evolutivos, sino también el órgano placenta, de tan fundamental conocimiento y estudio en el embarazo, tal como hoy lo estudiamos y concebimos.

*Huevo sano.*—La placenta era considerada hasta hace muy poco tiempo como un filtro, un órgano encargado única y exclusivamente de facilitar el paso de las sustancias necesarias para el desarrollo del feto, impidiendo á su vez pasaran otras nocivas, sirviendo para el excreta fetal, vertiendo en la sangre materna todos los productos de desintegración del feto.

Gracias á estudios é investigaciones de una pléyade de sabios, entre los cuales citaremos Ehrlich, Veit, Pestolazza, Mirto, Ferroni, Costa, etc., ha sufrido su concepto un cambio tan grande, que pasa á ser del órgano pasivo el órgano activo, de fisiología no completamente constituída, puesto que todos los días nos sorprenden los sabios con nuevas funciones encontradas en la placenta, ó con interpretaciones diversas de las ya descubiertas, pero sí se puede conceptuar como trazada en líneas generales, suficientemente marcadas para poder hacer hincapié en estas funciones y deducir algo de lo que ocurre en la clínica.

Largo me sería enumerar la serie de trabajos publicados y las experiencias de laboratorio llevadas á cabo con este objeto; es más:

sería apartarse del plan de este trabajo, y, por lo tanto, sólo citaré lo que tenga relación más íntima con nuestro objetivo.

Cuatro funciones se atribuyen á la placenta: primera función, de nutrición intrínseca, necesaria para su sostenimiento y desarrollo rápido; segunda función, fetal, encaminada á facilitar al feto todos los elementos necesarios para su evolución y nutrición; tercera función, de defensa, según la cual transforma los excreta fetales en sustancias no nocivas para la madre; cuarta función, materna, en virtud de la cual se regulan los cambios nutritivos del organismo gravídico, aumentando ó disminuyendo, según convenga, la función secretoria de los órganos de secreción interna de la madre, y esto se verifica en virtud de ser la placenta órgano de secreción interna. (Magalhaes.)

Meditando sobre esta cuádruple función, se comprende lo intrincado del funcionalismo placentario y la serie de cambios nutritivos que tienen que ocurrir en el seno de sus tejidos (vellosidades coriales, donde reside su máxima función), que, verificados imperfectamente, dejan pasar al torrente circulatorio de la madre ó del feto sustancias no completamente transformadas por defecto de su poder oxidante, 30 por 100 superior al del hígado (Gutiérrez).

Si su poder digestivo, superior al del jugo gástrico (Carracido), hemolítico (Ballerini), diastásico (Viana é Bruzza), glicolítico (Ballerini), actividad lipolítica (Costa), se cumplen mal, ¿qué de trastornos no ocurrirán?

A los productos de recambio que se verifican en el interior de las vellosidades, donde la actividad destructiva y transformadora es grande, se añaden los excreta que proceden del feto, y que hay que transformar antes que pasen al torrente circulatorio de la madre, además el paso al torrente circulatorio de fragmentos de sincicio, que, según la teoría de Ehrlich y Veit, tiene que engendrar la formación en la sangre de sinciciotoxinas, sinciciolisinas y hemolisinas con sus correspondientes anticuerpos, principio donde asienta la teoría ovular para explicar la eclampsia.

Todo esto, examinado con detención, nos conduce á comprender una serie de trastornos, que ocurrirán ante una hipo-función placentaria, y según el grado de esta, tiene que repercutir en la madre de manera diversa, determinando, desde las molestias insignificantes hasta la eclampsia, tipo más grave de la intoxicación gravídica.

Una deficiencia funcional de la placenta se compensa con una brillante defensa por la madre, aun á trueque de una hiperactividad funcional de la misma, y la evolución del embarazo trascurrirá normal; si los órganos de defensa de la madre no suplen la deficiencia placentaria completamente, habrá pequeños síntomas de protes-

ta, y si de ninguna manera la suplen, entraremos en plena auto-intoxicación grave. Los venenos no neutralizados tienen que impresionar el cerebro, hígado, riñón, etc., creando síndromes diversos, con predominio de uno ú otro órgano, según el más afecto, y dando síntomas, como la albuminuria, disminución de urea, aparición de pigmentos biliares en la orina, retención de cloruros, edemas, vómitos, etc., que no son más que efectos de falta de funcionalismo placentario, que cuando se hace ostensible al clínico, muchas veces es tarde para encontrar remedio al daño ocasionado.

*Madre sana.*—Cuando el estado de la madre no reúne ó no responde á un perfecto estado fisiológico, tratándose de un individuo en el cual la nutrición no se hace en condiciones perfectas, no puede subministrar aquellos elementos necesarios para la vida del feto, y éste, á su vez, teniendo que apropiárselos de donde los encuentre, aumentará las malas condiciones de una vida ya deficiente de suyo.

Si la madre padece alguna lesión, no ostensible hasta el momento del embarazo, y esta lesión radica en órganos importantes, como el riñón, hígado, corazón, etc., el exceso de trabajo que todo embarazo supone para dichos órganos tiene que agravarla en términos alarmantes, más grandes aún, si por algunas de las causas dichas anteriormente al hablar del huevo, obligan á una hiperactividad funcional, creándose conflictos de auto-intoxicación.

No siempre estos órganos están enfermos. Tienen debilidades, están resentidos y funcionan lo suficiente para defender el organismo materno de una gran enfermedad; pero tienen una insuficiencia relativa, que se manifiesta por pequeños trastornos que se corrigen en cuanto un tratamiento apropiado aligera su función. Observemos estos casos de pequeña auto-intoxicación en las embarazadas que conciben casi convalecientes de enfermedades infecciosas, ó en las que repiten sus embarazos con mucha frecuencia.

En las consultas de una embarazada que se queja de trastornos, bien sean pertenecientes al aparato gastro-intestinal, al hígado, riñón, sistema nervioso, etc., hemos de ver un organismo que protesta, un órgano que no cumple bien su cometido, que está cansado, y darle importancia á este trastorno, en cuanto puede ser el principio de males mayores, que de evitarse, ha de ser cuando empiezan.

Para darnos una cuenta bastante aproximada de cómo soporta la madre su embarazo, tenemos el estudio de la orina; ésta y los síntomas subjetivos que aporta la embarazada, tienen que aclarar su estado verdadero de resistencia ó cansancio.

Un análisis completo de orina, no practicado una sola vez, sino varias en días sucesivos, nos explicará alguna sintomatología oscura. El examen único y exclusivo de la albúmina, hoy muy ge-

neralizado, es muy importante, y ha prestado grande servicios á la humanidad, evitando muchas víctimas, pero no es lo bastante; la presencia de albúmina en la orina indica estados de auto-intoxicación muy avanzados, y no siempre pueden evitarse las consecuencias que determinan.

Tan importante como la investigación de la albúmina es la de la urea, que indica el funcionalismo del hígado, y á estas dos investigaciones, por lo menos, debe reducirse cuando, por circunstancias especiales, no tengamos medios para practicar un análisis completo de orina.

El tratamiento de las auto-intoxicaciones gravídicas, como su estudio, no está completamente sancionado por la experimentación. Estamos evolucionando. Los preceptos higiénicos y las facilidades para los órganos eliminadores, con una alimentación que deje el menor residuo posible y, por lo tanto, no aumente la toxicidad de la sangre.

El camino que ha de emprenderse, en mi concepto, es la opoterapia, no sólo de los órganos de funcionalismo insuficiente, según los casos, hígado, riñón, etc., sino del ovario y de la placenta, á pesar de su toxicidad, demostrada por Mirto y Gutiérrez. Tóxicos son también el hígado, riñón, tiroides, y, sin embargo, no cabe la menor duda sobre su influencia beneficiosa en el tratamiento de ciertas enfermedades de dichos órganos. Cuando este problema se resuelva, seguramente habremos dado un gran paso en la terapéutica tocológica, que beneficiará notablemente á las desdichadas embarazadas, para las cuales cada hijo les supone nueve meses de enfermedad, sin contar enfermedades tan graves como la eclampsia, vómitos incoercibles y anemia perniciosa del embarazo.

# REVISTA DE ESPECIALIDADES

POR EL PROFESORADO DEL INSTITUTO RUBIO

## Anestesia.

**Anestesia raquidiana.** (*Monde Médical*, Noviembre 1908.)

El Dr. Rehn, de Francfort, ha presentado en el último Congreso de la Sociedad de Cirugía las siguientes conclusiones:

1.ª Las anestesias elevadas son peligrosas, y en el estado actual de nuestros conocimientos, poco recomendables.

2.ª Las tentativas hechas para localizar la acción de los anestésicos en el espacio sub-aracnóideo, tienen pocas probabilidades de éxito.

3.ª La raquianestesia no se puede aconsejar en los niños ni en los jóvenes.

4.ª Modificaciones, debidas á la edad hacen la raquianestesia menos peligrosa en los viejos.

5.ª La anestesia medular debe ser practicada por medio de tropacocaína y con las mayores precauciones, según las reglas prescristas por Bier y otros.

6.ª La raquianestesia está contraindicada en un cierto número de enfermedades: supuraciones, arterio-esclerosis grave, trastornos del sistema nervioso central, y probablemente también en tuberculosis extensas.

7.ª La anestesia medular no debe ser empleada jamás en los casos en que la anestesia local ó la anestesia general momentánea al éter, son insuficientes. El nuevo método de anestesia regional de Bier por inyección intra-venosa limitará todavía el dominio de la raquianestesia.

8.ª El médico no debe recurrir jamás á la anestesia lumbar sin el consentimiento del enfermo.

Cuando se recurra á la anestesia raquidiana, es preciso notar que la acción de un anestésico en el espacio sub-aracnóideo depende de las condiciones siguientes:

1.ª Técnica exacta y precauciones recomendadas por gentes ex-

perimentadas, tales como Bier y sus discípulos. La punción entre la primera y la segunda vértebras lumbares debe ser rechazada á causa del peligro de herir la medula.

2.ª Elección del anestésico, garantías que presenta y sus dosis:

3.ª Estado anatómico del espacio sub-aracnóideo, trabéculas aracnóideas, huesos, celdillas y cantidad de líquido céfalo-raquidiano.

4.ª Factores que, independientemente de las condiciones anatómicas, impiden ó aceleran el derrame del líquido.

5.ª Edad de los pacientes: los sujetos de edad soportarán relativamente mejor las lesiones aracnóideas.

DR. FERMÍN MARTINEZ SUÁREZ

---

**La anestesia diploica.** (*El Mundo Científico*, Noviembre 1908.)

Los dentistas acaban de descubrir un nuevo procedimiento de anestesia local, cuyos resultados elogian mucho.

Con un torno dentario se perfora la tabla externa ó interna del hueso, á través de la encía, con preferencia detrás de la pira objeto de la operación, á un centímetro de distancia del borde cervical. Por el agujero se introduce una cánula de jeringa exactamente calibrada, para obturar el orificio del hueso, inyectándole de 1 á 4 centímetros cúbicos de cocaína. Con ella son penetradas todas las células del diploe y el alvéolo del diente, impresionándose los troncos nerviosos y obteniéndose inmediatamente la anestesia, sin experimentar el paciente dolor alguno. Para operar, la asepsia ha de ser perfecta.

---

**Indicaciones de la anestesia con el cloruro de etilo.**
(*Monitor Terapéutico.*)

El Dr. Lardennois ha expuesto en la Société de Médecine de Reims cuáles son, según sus experimentos, las indicaciones de la anestesia por el cloruro de etilo. Dice que este método está indicado, sobre todo, en las condiciones que siguen:

1.ª Para una anestesia de corta duración, cuando se trata de pequeñas operaciones, botones de fuego, abertura de abscesos, de forúnculos ó extracción de una muela. El operado se duerme muy luego, y no corre riesgo alguno. Una vez despertado, no siente ningún malestar; no hay vómitos, y puede volver á sus ocupaciones.

2.ª Para el principio de una anestesia de larga duración, cuando se trata de individuos tímidos y pusilánimes, es á veces penoso y

difícil de obtener la anestesia con el cloroformo ó el éter. El paciente se agita y se defiende, siendo preciso algunas veces sostener con él una verdadera lucha.

El cloruro de etilo en dosis de 6 á 8 centímetros cúbicos permite siderar á estos enfermos en algunos segundos, y suprimir este período de defensa, tan angustioso como penoso. En la tercera ó cuarta inspiración se logra la analgesia, y se puede continuar regularmente la anestesia con el cloroformo.

Las contraindicaciones son las mismas que las de este último anestésico.

---

**La anestesia regional en la órbita,** por M. A. Löwenstein.
(*Semaine Médicale*, Diciembre de 1908.)

Desde hace mucho tiempo, los oftalmólogos se han esforzado en obtener una anestesia local suficiente para poder practicar la enucleación del globo del ojo sin que sea necesario recurrir á la cloroformización.

Recientemente, M. Siegrist ha dado á conocer su práctica, que consiste en llevar profundamente, por medio de una aguja curvada, el líquido anestésico al nivel de los cuatro meridianos principales del ojo, con objeto de obrar sobre los nervios ciliares á su entrada en el globo. Este procedimiento da en general buenos resultados cuando se trata de globos oculares no inflamados é indolentes, pero fracasa en los demás casos.

El Dr. Löwenstein, por consejo de M. Elschnig, ha logrado obtener una anestesia masiva regional que, actuando sobre el ganglio ciliar mismo, dé resultados. En 33 veces que la ha empleado, ha seguido la técnica que describe á continuación:

Con una jeringa de Pravaz, de 1 c. c., y provista de una aguja de 5 centímetros de largo y de grosor apreciado, lleno de la solución al 1 por 100, y previa anestesia de la conjuntiva por medio de instilaciones de la solución, se tira de la comisura palpebral externa hacia la sien, y se insinúa la aguja contra el borde lateral de la órbita, un poco por debajo del diámetro horizontal del ojo; de esta suerte, se pasa sobre el borde inferior del recto externo sin atravesarlo. Se empuja la aguja entonces un medio centímetro de su pabellón, ó sea á 45 milímetros de profundidad, distancia habitual del ganglio ciliar, y se inyecta lentamente toda entera, asegurándose antes, por medio de movimientos de lateralidad, que la punta está libre. La anestesia es completa al cabo de dos minutos.

Si los ojos están inflamados, puede hacerse, para mayor seguridad, una inyección subconjuntival alrededor del globo.

**Las ictericias post-clorofórmicas** *(Le Monde Médical*, Diciembre 1908.)

Según Quénu y Küss (*Soc. de Chirurgie*, 4 Nov. 1908), las ictericias post-clorofórmicas pueden dividirse en dos grupos:

1.° Las ictericias clorofórmicas hepatógenas, que son debidas á las alteraciones de la célula hepática producidas por el cloroformo en disolución en la sangre, y obrando en tanto como sustancia hepatóxica muy poderosa (estas ictericias han sido ya descritas).

2.° Las ictericias clorofórmicas hematógenas, que dependen de la acción hemolítica del veneno clorofórmico.

Para justificar la creación de este nuevo grupo de ictericias clorofórmicas, los autores se fundan en los siguientes hechos: la acción hemolítica poderosa del cloroformo *in vitro;* la aparición de ligeras ictericias después de la narcosis clorofórmica en individuos que no tienen ninguna afección hepática apreciable; finalmente, en los resultados suministrados directamente por el examen de la sangre. En la mayoría de casos no se ve que el sueño sea hemolítico, después de la narcosis, y esto depende de las condiciones mismas de la eliminación normal del cloroformo; pero en un caso favorable, la acción hemolítica poderosa del suero cloroformado ha podido ser notada, así como el modo de reparación consecutiva de la sangre.

3.° Las ictericias de patogenia mixta hepato-hematógenas. Inútil es insistir sobre el papel del todo capital que desempeñan en la producción de estas ictericias clorofórmicas, por una parte, la insuficiencia de las vías de eliminación del cloroformo: pulmones, riñones, piel; y de otra, la toxicidad mayor ó menor del cloroformo empleado y la duración de la narcosis.

DR. FERMÍN MARTÍNEZ SUÁREZ

---

## Ano é intestino grueso.

**Tratamiento de la estrechez cicatricial del ano.** *(Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, Septiembre de 1908.)

El Dr. Pollak ha empleado con éxito completo en un caso de estrechez infranqueable del ano las inyecciones de tiosinamina. A la quinta inyección, pudo introducirse por el orificio anal un catéter, y después de la octava, un tubo de cauchut grueso, consiguiéndose en un mes que el ano recobrara su diámetro fisiológico. En los casos de este género, recomienda hacer diariamente ó cada dos días una inyección de 1 c. c. de la siguiente preparación:

| | | |
|---|---|---|
| Tiosinamina..... | | |
| Agua destilada..... | aa. | 5 gramos. |
| Glicerina..... | | |

D.e

Estas inyecciones son bien toleradas y no producen dolor alguno.

---

**Manual operatorio del ano artificial definitivo.** *(Semaine Médicale,* Octubre de 1908.)

El Dr. Le Dentu (de París), en el XXI Congreso francés de Cirugía, manifestó que para el *ano artificial ilíaco definitivo* empleaba la colopepxia asociada al procedimiento de Herbert Allingham, en el cual, después de haber exteriorizado y fijado el asa sigmoidea á la herida con el meso colon, resecaba el asa en un tiempo que oscilaba entre doce y sesenta horas.

---

**Diagnóstico de la situación del apéndice.** *(Revue Gynécologique,* Septiembre de 1908.)

1.° *Náuseas y vómitos.*—Los vómitos aparecen, y cuando el apéndice es más ó menos saliente en la gran cavidad y el peritoneo puede sufrir el rechazo de la inflamación propagada. Si este signo falta, se puede admitir que el apéndice no está en relación con la gran cavidad, está rodeado de adherencias, ó situado por detrás de cecum y colon ascendente.

2.° *Dolores.*—Al principio, el dolor conduce sobre el apéndice, pero cuando la inflamación aumenta, este signo pierde su valor.

3.° *Balonamiento.*—Este signo es debido á la paresia inflamatoria ó á las adherencias de asas intestinales. Aparece de una manera precisa cuando el apéndice se sitúa en medio del pequeño vacinete ó del abdomen, y más tarde, cuando su situación es retrocecal.

4.° El tenesmo vesical, los dolores uretrales, indican un apéndice pelviano, teniendo adherencias en la vejiga.

5.° El dolor, al flexionar el muslo derecho, indica adherencias del apéndice con el psoas.

6.° Los dolores en las inspiraciones profundas sobre el reborde, ó en la región lumbar, dan indicios de adherencias con la cara inferior del hígado ó del diafragma.

---

**Obstrucción del recto y atrepsia del íleon en un recién nacido.**
(*Semaine Médicale*, Noviembre de 1908.)

El Dr. Moreau (de Sens), en la sesión del 3 de Noviembre pasado, de la Academia de Medicina de París, relata la observación de un recién nacido, muerto á los diez y seis días de una obstrucción del recto, de la cual se hubiera triunfado fácilmente con sólo introducir el dedo; pero que estaba complicada de una estrechez tan absoluta del íleon, que se oponía al paso de las materias y los gases.

---

**Retroposición congénita del intestino grueso.**
(*Semaine Médicale*, Noviembre 1908.)

Las anomalías congénitas de situación del intestino grueso, no solamente son curiosas bajo el punto de vista embriológico, sino que pueden dar lugar á accidentes serios, y acerca de los cuales debe estar prevenido el cirujano.

El Dr. Hans Strehl cita á este propósito los dos casos siguientes:

Una niña de doce años, de buena salud habitual, es atacada bruscamente de dolores en el lado derecho del vientre y constipación tenaz. Ocho días después, es conducida al Hospital en un estado alarmante, con meteorismo considerable. Sin poder precisar el diagnóstico, se practica la laporotomía; las asas delgadas distendidas se escapan fuera de la herida, y se halla un ciego y un colon ascendente, grueso como un brazo y lleno de un líquido azulado; el apéndice normal y el íleon tan dilatado como el ciego. Siguiendo la dirección del grueso intestino de abajo arriba, se nota que el color transverso, sin formar ángulo sub-hepático, pasa directamente sobre una especie de pórtico arqueado, constituído por el mesenterio, contraído delante de la columna vertebral, y que le estrangula. Después de haber reducido toda la masa del intestino delgado, á la derecha se encuentra la prolongación del colon transverso, hundido y muy sinuoso. Todos los ensayos de distensión resultaron inútiles, sucumbiendo la enferma á las ocho horas de la intervención.

Un hombre de cincuenta y seis años, muerto de oclusión, sin intervención, al décimonoveno día. En la autopsia se halló el ciego distendido, así como el colon ascendente; la porción transversa estrangulada debajo de un puente retro-mesentérico hundido; más allá, en el lado izquierdo, se halla marcado por largas sinuosidades.

Dr. Fermín Martínez Suárez

## Cirugia general.

**Tratamiento de las pseudo-artrosis después de las heridas por arma de fuego,** por Hushimoto y So. (*Archiv. f. Klin. Chirurg.*, 1908, Bol. LXXXVIII. Hf. t. 2.)

De la observación de siete casos en el lazareto de Shibuya-Tokío, durante la guerra ruso-japonesa, deducen los autores que la extirpación imprudente de las esquirlas óseas ha sido la causa de estas falsas articulaciones. Cuando la supuración se establece en los heridos por armas de fuego, el cirujano se debe limitar á favorecer la salida del pus y combatir la infección, sin tocar para nada los fragmentos ni esquirlas, porque se levanta con ellos muy fácilmente el periostio, tan útil en la neoformación del hueso.

Los autores dan una ligera reseña de los siete casos operados, y discuten los diferentes métodos de tratamiento local y general, operatorios y no operatorios. Ellos han empleado el método de Mangoldit (colgajos ósteo-periósticos sin pedículo), y en dos casos el de Hohn (introducción del peroné seccionado en el fragmento superior de la tibia), con éxito completo.

---

**Investigaciones experimentales sobre el efecto de la estancación venosa en la curación de las fracturas,** por Hilgenseiner. (*Beit. Klin. Chir.*, Bol. LIV. 1907.)

La cuestión de si la estancación venosa tiene algún efecto en las fracturas al formarse el callo, es de gran importancia. Para dilucidar esto, el autor ha llevado á cabo algunas experiencias en perros jóvenes. En animales del mismo peso é idéntica apariencia produjo fracturas semejantes en la tibia; uno de ellos era tratado por la hiperhemia pasiva, en sesiones de seis, diez y hasta diez y seis horas por día, y otro quedaba como término de comparación.

Según los resultados obtenidos, el autor deduce que en el tratamiento de las fracturas por el método de estancación venosa, el tiempo medio de curación anatómica disminuye. La hiperhemia tiene una acción de regeneración y otra de reabsorción. Se emplea para regenerar en los casos de retardo en la formación del callo, en la formación de pseudo-artrosis y en la producción normal del callo, en el principio del tratamiento, para activar la curación.

La hiperhemia, como medio de activar la reabsorción, se emplea particularmente en los casos de trastornos funcionales del miembro, obrando entonces de una manera muy manifiesta, favoreciendo la curación.

---

**Nuevo método de extensión en el tratamiento de las fracturas,**
por Steinmann. (*Corresp. bl. f. Schweiz aerzte.* 1908, núm. 1.)

Después de dar cuenta de todos los medios que existen para tratar fracturas, haciendo la crítica de los diferentes métodos, el autor presenta el que él cree tendrá la preferencia en el porvenir: la extensión por enclavamiento. Supongamos una fractura de la diáfisis del fémur. Con las precauciones de antisepsia necesarias, se implanta, previa narcosis momentánea, un clavo delgado de 6 á 10 centímetros de longitud en cada cóndilo (en el límite más próximo á la sustancia ósea más compacta, para evitar arrancamiento), bien á fondo, de manera que no sobresalga más de un centímetro de la piel, formando con el eje del miembro un ángulo ligeramente agudo. La cabeza acanalada permite la adaptación de un hilo metálico, del que se suspende el peso necesario (10 á 30 kilos). En lugar de clavos de cabeza acanalada, pueden servir los clavos ordinarios: un broche suspensor especial servirá de intermediario entre el hilo y el clavo.

Para una fractura de la pierna, los puntos de enclavamiento serán los maléolos ó el calcáneo (5 á 10 kilos); para una fractura del húmero, los epicóndilos, y para una del cuello del fémur se pondrá un solo clavo en el gran trocánter. Una gasa aséptica protege la vecindad del punto de implantación.

Ventajas de este proceder: los clavos no se aflojan en el tiempo que es necesario, y permiten fácilmente su extracción cuando se quiera; no dan lugar á formación de esquirlas. Su implantación, aun sin narcosis, es poco dolorosa. No hay irritación de la piel, como con los vendajes, por trastornos de circulación ni por decúbito. Las articulaciones no se inmovilizan ni se resienten por la tracción continua. La acción sobre los fragmentos es grande y útil, cuantitativa y cualitativamente (rotación, etc.). El procedimiento, en fin, es aplicable lo mismo á las fracturas abiertas como á las subcutáneas.

Nota. Teóricamente posible en nuestra época de asepsia, la extensión por enclavamiento parecerá expuesta á muchos cirujanos. Se ha ensayado en la clínica universitaria de Bale, donde rechazan el empleo de pesos grandes porque provocan una separación de los fragmentos. (*Deutsch Zeitschrift für Chirurgie,* t. 92, núm. X, 1908.)

**Sarcoma de los huesos: Diagnóstico, pronóstico y tratamiento,** por W. Coley. (*Surgery, Gynecology and Obstetric.* Febrero 1908.)

Representan los sarcomas la mayoría de los tumores malignos de los huesos.

En la etiología representan un papel importante los traumatismos, y los huesos más frecuentemente atacados son aquellos que más expuestos están á sufrirlos.

En la historia de los enfermos se encuentra más de una vez entre tres un traumatismo local en el principio de la afección. Puede ser el agente infeccioso de la enfermedad, latente durante mucho tiempo, que aumenta su virulencia bruscamente á causa del choc. Coley ha visto tres veces el sarcoma implantado en un foco de fractura.

La afección que se parece más al sarcoma de los huesos es la tuberculosis. Con frecuencia es imposible hacer clínicamente el diagnóstico. En general, hay puntos en la historia clínica que permite diferenciar: el sarcoma aparece entre los veinte y cuarenta años; no se encuentran antecedentes tuberculosos.

El dolor es el primer signo.

El tumor aparece casi siempre en un extremo; bajo para el fémur, alto para la tibia y el húmero, y, sin embargo, la articulación permanece sana hasta el último tiempo de la enfermedad.

La integridad de la articulación es un signo importante en el sarcoma; la invasión articular es completamente excepcional, excepto en los casos, muy raros, en que el mal empieza en la sinovial.

También tienen importancia considerable los límites del tumor; en el sarcoma la tumefacción se extiende mucho más en el cuerpo del hueso que en dirección de la epífisis, y si tiene puntos pseudofluctuantes, no comunican jamás con la articulación.

El tumor no es regular y simétrico, como en la tuberculosis; es irregular y más ó menos unilateral; la piel es rosada y está surcada por venas distendidas.

El diagnóstico diferencial entre el sarcoma y la sífilis es fácil en general, y se funda en los antecedentes de la enfermedad. La sífilis ósea se localiza en el cuerpo del hueso con mucha más frecuencia que cerca de las articulaciones.

Hay una afección, la miositis osificante, que es consecuencia de traumatismo y que puede simular el sarcoma. El tumor es de consistencia leñosa, más dura que la del sarcoma, y se limita exclusivamente al punto traumatizado; crece rápidamente en dos ó tres meses y después se detiene en su desarrollo.

El tratamiento seguido en 14 casos fué la amputación, y al cabo

de un año de practicada había recidivado la afección en 13; el otro curó.

En seis enfermos se practicó la amputación y después fueron sometidos á las inyecciones de toxinas; no había recidiva algunos meses después de la intervención.

En dos enfermos la extensión del tumor impedía toda operación, hasta la desarticulación de la cadera. Sometidos á las inyecciones de toxinas, curaron, desapareciendo el tumor en uno á los cuatro años y en otro á los cinco.

Por estos resultados, el Dr. Coley ha abandonado las intervenciones grandes en los sarcomas de los huesos largos, y aconseja, antes de sacrificar un miembro, someter á los enfermos á las inyecciones de toxinas durante dos ó tres semanas. Si á pesar de esto el tumor no se detiene en su evolución, practicar la amputación, seguida del uso prolongado de las toxinas en inyección.

DR. PALLARÉS

## Cirugia infantil.

**Tratamiento de las hernias inguinales en los recién nacidos,** por el Dr. Broca.

En una conferencia dada en la Société dé l'Internat, 1908, el doctor M. Broca ha desarrollado el tema interesante á que se refiere esta reseña.

Con relación á la etiología, recuerda que la obliteración del conducto peritoneo-vaginal en condiciones normales se realiza el noveno mes de la vida intrauterina; cuando esto no ocurre á su debido tiempo, ó el nacimiento se anticipa más de quince días, queda un espacio en el conducto no obliterado, por el que se inician las distintas vísceras abdominales que pueden encontrarse en el contenido de una hernia inguinal. Este retraso sufrido en la obliteración del conducto, crea, según el Dr. Broca, una predisposición á la hernia en los niños nacidos antes de término.

La herencia, sobre todo la paterna, es digna de tenerse en cuenta, por lo frecuentemente que se observa en los niños el influjo que ejerce, en concepto del Dr. Broca; nosotros no hemos podido comprobar semejante predisposición hereditaria.

Un número considerable de hernias curan espontáneamente en el niño de pecho; la causa de esta curación, auxiliada poderosamente con el uso de un braguero bien dispuesto, obedece á la tendencia natural á obliterarse que ofrece el conducto peritoneo-vaginal, favorecida por la oblicua dirección que progresivamente adopta el con-

ducto inguinal á medida que la pelvis se ensancha en armonía con el crecimiento.

Para la mejor adaptación á los fines que se persiguen con el empleo del braguero, aconseja el Dr. Broca que, lo mismo en la hernia unilateral que en la bilateral, el aparato ha de ser doble, y de goma en los ocho ó diez primeros meses; después de esta edad soportan los niños bien el braguero de resorte con pelotas guarnecidas de caucho.

En algunos niños se obtiene una curación completa de su hernia, debido á su buena disposición orgánica y á los cuidados á que se los somete; pero otros, en cambio, empeóran de día en día, á pesar del esmero con que se les trata. Su hernia se desliza constantemente por debajo del aparato y crece sin cesar, sobre todo en aquellos niños que ofrecen signos ostensibles de raquitismo. Indudablemente, la hernia grave, difícil, incoercible, se presenta con suma más frecuencia en los niños raquíticos que en los que no lo son.

El pronóstico de la hernia en el niño es muy distinto, como se ve, y está en íntima relación con su constitución orgánica.

Particularidad digna de notarse es la de que las hernias voluminosas en los niños alojan con suma frecuencia una porción del intestino grueso; las del lado derecho contienen á veces el ciego y el apéndice; las del lado izquierdo la S ilíaca. Esta es una noción de un interés real, que explica ciertas complicaciones propias en el niño, en particular la *obstrucción* y la *hernia estrangulada*.

La estrangulación ofrece en el niño de pecho cierta benignidad, hasta el punto de que es innegable que gran número de hernias estranguladas en el niño de pecho se reducen con frecuencia, merced á la acción del baño general templado ó á la de una cataplasma caliente y un poco pesada. Algunas veces, no obstante, sobre todo en las estrangulaciones de repetición, es necesario operar. Pasando el niño de los diez y ocho ó veinte meses, la cura radical de la hernia es, según el Dr. Broca, el mejor procedimiento que se debe adoptar; y si antes de esta edad no lo emplea, es por temor á las complicaciones.

En el niño de pecho debe adoptarse, en condiciones normales, el vendaje contnetivo. Según el criterio sustentado por el Dr. Broca, mientras que para los niños entrados en el período de la segunda infancia debemos investigar cuáles son las contraindicaciones que puedan existir para la cura radical de la hernia, en cambio, en los niños de pecho debemos atenernos á las indicaciones que nos inducen á practicarla.

Estas indicaciones hállanse constituídas por las complicaciones propias de la hernia en los niños de pecho, tales como la irreductibilidad y gran tamaño de la hernia, sobre todo las formadas por el

intestino grueso, que, especialmente si radican en el lado derecho, pueden diagnosticarse fácilmente si se aprecia la presencia del apéndice; las que están estranguladas y, no se reducen, á pesar de la aplicación rápida de los medios adecuados; las que se estrangulan repetidas veces y, por último, las que se acompañan de cólicos, de trastornos digestivos, y, por tanto, se convierten en una causa eficiente de la decadencia orgánica y de la caquexia del niño herniado.

Estas indicaciones es preciso que, parcial ó totalmente, se encuentren en el niño de pecho antes de decidir sistemáticamente la cura radical de la hernia. El motivo de esta prudencia aconsejada por el Dr. Broca, es que la cura radical en los niños de pecho ofrece peligros que, si bien no son muy grandes, son de aquellos que no puede evitar, por hábil que sea, el cirujano.

Los peligros que se pueden temer derivan de la patología especial del niño de pecho, y son: la bronco-pneumonía y la diarrea verde, á que tan predispuestos se hallan los recién nacidos, y cuyos peligros realmente no se pueden conjurar y prevenir. Dichas complicaciones son mucho más frecuentes en los niños que se operan en los hospitales que en los que se operan en el seno de sus familias. Por este motivo, es preferible operar á los niños de pocos meses de edad, cuando tienen madre, en sus casas ó en las casas-cunas (tan abundantes éstas en Francia como escasas en España), que en el Hospital.

Pero aun en las condiciones mejores, si se consulta la curva térmica de los operados menores de diez y ocho meses, cuya cura radical termina por reunión inmediata perfecta, sin una gota de pus en la región, sin enrojecimiento alrededor de los puntos de sutura, es excepcional que la temperatura no se eleve bruscamente á 39°, muchas ces á 40°, descendiendo después rápidamente. Dicha elevación térmica obedece á dos lesiones posibles: en invierno sobre todo, á una bronco-pneumonía más ó menos extensa; y en verano, principalmente á una enteritis, que se reconoce por las deposiciones verdosas que se presentan al día siguiente de la elevación térmica.

La conclusión práctica que deduce el Dr. Broca de estas complicaciones es, que tan pronto como en un niño operado se eleve la temperatura por encima de 39°, se le deben hacer aplicaciones de compresas frías sobre el pecho; y cuando las deposiciones son verdosas, se someterán á una dieta hídrica rigurosa, merced á cuyos sencillos medios se conjuran los peligros que tales complicaciones acarrean.

No ha visto fallecer de enteritis el Dr. Broca más que á un niño que sospechó, por la negligencia observada en la madre, que presenciaba ésta sin gran pena tan triste desenlace.

En cuanto á la bronco-pneumonía, todos han presenciado más ó menos casos, sobre todo en niños menores de diez y ocho meses, en los cuales, sin que se sepa por qué, dicha enfermedad adquiere una gravedad extraordinaria, y mata en algunas horas. Para contener su marcha destructora, el Dr. Broca, desde hace algunos años, emplea con bastante resultado las compresas frescas y los baños; pero hay casos en que la palidez cianótica del enfermo permite establecer el pronóstico, y en los que, hágase lo que se haga, sobreviene la muerte con una rapidez desesperante.

He aquí por qué, á pesar de que la cura radical da casi siempre resultados perfectos, y es por lo mismo una excelente operación, el tratamiento de elección en la hernia en el niño de pecho es el vendaje; y el tratamiento de excepción, aunque bastante frecuentemente se impone, es la cura radical, la que se halla justificada por las complicaciones que el Dr. Broca insiste en consignar.

DR. PABLO LOZANO

## Ginecología.

**Empleo de la hioscina como anestésico obstétrico,** por el Dr. G. Butler.—(*American Journal of obstétr.*—Agosto 1907.)

Á pesar de los malos resultados obtenidos por los primeros experimentadores, el empleo de nuevos anestésicos ha entrado rápidamente en la práctica obstétrica. Ya conocen los lectores de esta Revista los trabajos del Dr. Gauss, ayudante de Koenig, quien ha publicado una Memoria basada en un millar de casos. El resultado obtenido es la producción de una semianestesia, de la cual puede salir la parturiente de modo fácil y sin acordarse de nada. Con ella se disminuyen considerablemente los dolores del parto.

Es preciso servirse de alcaloides absolutamente puros. La escopolamina se alteraba frecuentemente por impurezas que modificaban sensiblemente su acción; lo que no sucede con la hioscina, derivado de la hioscinamina, que puede obtenerse fácilmente en un estado de pureza perfecta.

La primera inyección se practica cuando los dolores se hacen muy vivos, y será de 3 á 4 diezmiligramos (0,0003 ó 0,0004) de hioscina con 1 centigramo de morfina (0,01). Media hora después se enseña un objeto á la parturiente, y pasada otra media hora se la pregunta si recuerda qué objeto se le enseñó; si la enferma lo recuerda, se practica una segunda inyección de hioscina sola, á menos que los dolores sean muy vivos, en cuyo caso se asocia de nuevo la morfina. Vale más guiarse del estado de la memoria que de los gritos de la

parturiente. En general, bastan cuatro inyecciones, renovadas cada dos ó tres horas; la dosis total habitualmente inyectada es de $^3/_4$ de miligramo, y la dosis máxima es de un miligramo.

En lo referente al niño, Gauss es afirmativo sobre la absoluta inocuidad de la hioscina. Los niños sufren á veces una intoxicación especial, frecuente, sobre todo, cuando se ha empleado la morfina. La respiración es lenta, con cianosis durante veinte minutos próximamente. Al principio se trataba á los niños como si presentasen síntomas de muerte aparente, pero se reconoció en seguida que esto no era necesario.

---

**El tratamiento de la rotura del útero**, por el Dr. Schuette.—(*Munschener m. Wochens Walens.*—1908, núm. 48.)

Desde el año 1903 ha podido el Dr. Schuette observar 19 casos de rotura del útero; á su entrada en la clínica, 5 de estas enfermas estaban infectadas y sin esperanza de salvarse; una era un caso antiguo, y de las 13 restantes, 11 ofrecían roturas completas y graves. De las 13 curaron 12, así como también el caso antiguo, en el cual el feto permaneció algunas semanas en la cavidad peritoneal. El autor concede especial importancia al tratamiento del hematoma retro-peritoneal, que debe ser drenado, en el momento de la operación, á través de la vagina. No cree tan importante y serio el peligro de transportar la enferma al hospital, como establecer entre las indicaciones de la operación el drenaje subperitoneal. Aun en las roturas incompletas, si no se operan, el pronóstico es desfavorable.

---

**Metrorragias en una hemofílica virgen, tratadas por las inyecciones intravenosas de suero artificial de mineralización compleja y de hierro insoluble**, por M. de Rouville.—(XXI Congreso de la Asociación francesa de Cirugía, 1908.)

M. de Rouville, de Montpellier, en su nombre y en el de M. Fleig, presentó una comunicación al último Congreso de la Asociación francesa de Cirugía, en la cual daba cuenta de un caso de curación de metrorragias hemofílicas en una virgen por las inyecciones intravenosas del suero de Fleig, de mineralización compleja y de hierro insoluble.

La fórmula del suero es la siguiente:

Cloruro de sodio, 7,5; cloruro de potasio, 0,3; cloruro de calcio, 0,3; sulfato de magnesia, 0,3; bicarbonato de sosa, 1,0; glicerofosfato de sosa, 1,0; glucosa, 1,0; cloruro férrico, 0,055; agua desti-

lada, c. s. para 1.000 centímetros cúbicos; oxígeno disuelto á saturación.

Bajo la influencia única de seis inyecciones intravenosas de 500 centímetros cúbicos de este suero, se comprobó la desaparición completa de las metrorragias, una mejoría rápida y siempre creciente del estado general, un aumento de la secreción urinaria y, lo que es más notable, la vuelta progresiva de la fórmula hemática á la normal, habiéndose elevado en un mes la cifra de glóbulos rojos de 1.400.000 á 3.800.000, y en mes y medio á 3.950.000.

Como lo prueban las investigaciones experimentales, este suero es un excitante de la nutrición especial del sistema hematopoyético por el hierro insoluble, que permite introducir directamente en la sangre; obra, además, aumentando la coagulabilidad de la sangre, y de un modo poderoso sobre la nutrición general del organismo.

DR. GUTIÉRREZ

## Medicina del aparato digestivo.

**Reflexiones sobre tres casos de estenosis pilórica benigna,** por el doctor D. José González Campo. (*Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 7 de Noviembre de 1908.)

Llama la atención el Dr. D. José González Campo acerca de algunas inseguridades del diagnóstico, que, desatendidas, pueden conducir á aconsejar á algún enfermo recursos más enérgicos de lo necesario y á preconizar una intervención que no le es indispensable, y que, dígase lo que se quiera, nunca se puede afirmar que esté desprovista de gravedad. Refiere el distinguido gastropatólogo tres historias interesantes, en demostración de su aserto y como justificación de su artículo, y manifiesta que los tres casos que presenta son excepcionales, pues en la inmensa mayoría de los análogos, las cosas no se remedian con tanta sencillez, y sólo la apertura de un nuevo píloro es capaz de suprimir ó mitigar los sufrimientos mejorando la nutrición.

La explicación de lo acaecido es la siguiente: á toda estrechez orgánica del píloro se suma una estenosis espasmódica, que en muchos casos parece que puede existir sola; este espasmo se produce en virtud de la excesiva acidez del jugo elaborado por las glándulas del estómago, que por su exagerada concentración no se neutraliza totalmente en el duodeno, siendo esto indispensable para que el píloro se abra; también puede darle origen un reflejo que parta de cualquier erosión existente en la mucosa peripilórica. Los tres enfermos eran hiperclorhídricos; en dos de ellos las gastrorragias indi-

caban claramente un proceso ulcerativo; ambas circunstancias, hiperclorhidría y ulceración, justifican el espasmo sobreañadido á la verdadera estenosis, menos graduada de lo que parecía, por concomitancia de ese elemento.

Cuando con el régimen bromatológico y la medicación se neutralizó al ácido, después de disminuir el estímulo secretorio por prohibición de los alimentos dañosos, cesó lo espasmódico, bastando esto para poner término á las molestias, sin actuar sobre lo orgánico, puesto que los medicamentos carecen de eficacia para modificar la textura anatómica; los enfermos quedaron con su estenosis, pero únicamente con la verdadera, con la que por su naturaleza es inmutable, y que por sí sola no imposibilita, *por ahora*, la exoneración del estómago.

El Dr. González Campo deduce que en los casos de estenosis pilórica, mientras no se vea amenazada de momento la vida del enfermo, se impone la terapéutica médica racional, proseguida debidamente por un tiempo variable en cada caso, atendiendo á los síntomas gástricos y al estado de la nutrición, no reteniendo á los enfermos más de lo debido, pero tampoco renunciando á ensayar un tratamiento que, si en un solo caso puede ser beneficioso, estará justificado en todos los análogos.

DR. LÓPEZ CAMPELLO

## Medicina interna.

**Terapéutica mínima de la fiebre tifoidea**, por Mongour.
*(Journal de Méd. de Bordeaux*, 30 Août 1908.)

El autor trata los tifoideos suprimiendo toda intervención terapéutica activa. Administra bebidas calientes y azucaradas en abundancia; algún laxante cada dos ó tres días y unas cucharadas de jarabe de cloral si hay insomnio. Cuando se presenta la insuficiencia cardíaca, la combate por la cafeína, la espartina ó la teobromina. Si la temperatura se eleva por encima de 40°,5, aplica la sábana mojada en agua fría... y nada más. Con este tratamiento, en 136 enfermos sólo ha tenido cinco fracasos, debidos á la adinamia, la miocarditis y uno por perforación intestinal. Se podrá objetar cuanto se quiera á este método terapéutico, pero no que deja de ser sumamente sencillo y racional. Mucho más racional que atestar á los enfermos de quinina, digital, *antisépticos intestinales*, ó tenerlos constantemente, ó poco menos, metidos en el baño. Al Sr. Mongour debemos decirle, que nosotros participamos de su criterio terapéuti-

co, no solamente en el tratamiento de la fiebre tifoidea, sino en el de casi todas las infecciones agudas que no tienen tratamiento específico. Siempre tenemos presente las frases de Voltaire: «No hay que introducir drogas que no se conocen en un cuerpo que se conoce menos.»

---

**Heridas del corazón**, por L. L. Hill. Montgomery. Ala.
(*Médical Record*, Septembre 19. 1908.)

De este extenso trabajo traducimos las siguientes conclusiones:

1.ª Cualquier operación que reduzca la mortalidad de 90 á 60 por 100, adquiere derecho á figurar en la práctica quirúrgica. Por consiguiente, todo herido del corazón debe ser operado inmediatamente.

2.ª Cuando la localización de la herida exterior ofrezca dudas de si está ó no interesado el corazón, se impone una operación exploradora.

3.ª A menos que el enfermo esté inconsciente y con el reflejo corneal abolido, se debe hacer anastesia general, preferentemente con el cloroformo, porque los esfuerzos del paciente pueden separar un coágulo que renueve la hemorragia.

4.ª Jamás se debe sondar la herida por el temor de lesionar el miocardio.

5.ª La operación de Rotter, de Viena, permite fácilmente separar cualquier extravasación sanguinea, é inspeccionar al mismo tiempo la cavidad pleural inmediata.

6.ª Fijar el corazón, antes de proceder á la sutura, ya llevando la mano por debajo del órgano y levantándolo hacia arriba ó, como quiere Parrozani, introduciendo el dedo en el orificio, con el doble prepósito de cohibir la salida de la sangre y facilitar la ejecución de la sutura.

7.ª Cuando la hemorragia sea tan abundante que dificulte la sutura, con la mano derecha, suavemente, se levanta el corazón fuera del pericardio, é introduciendo por debajo la mano izquierda, se comprime entre el índice y el dedo anular la vena cava inferior, y haciendo presión hacia arriba se dislocan las anastómosis de la vena cava superior.

8.ª El Dr. Magnus, de Heidelberg, recuerda que el corazón soporta una compresión completa por espacio de un minuto, y siendo incompleta, durante cuatro minutos.

9.ª Deben usarse las suturas de catgut para las heridas del corazón; dicha sutura será interrumpida, cosiendo y anudando duran-

te el diástole, sin comprender el endocardio y en tan corto número como sea posible, teniendo en cuenta que favorecen la degeneración de la fibre muscular, pero sin olvidar la indispensable seguridad de la costura.

10. La limpieza del pericardio debe ser exquisita, sin dejar fluidos de ninguna clase en el saco, que, produciendo tensión, dan lugar á consecuencias desagradables.

11. Además de tomarse toda suerte de precauciones asépticas, es preciso aspirar la sangre que se va acumulando en el pericardio, lo cual constituye una pérdida de importancia, estorba mecánicamente la función cardíaca, y constituye la mayor dificultad para la limpieza de aquella serosa, cuya infección ocasiona el 40 por 100 de los casos desgraciados.

12. Rehn aconseja cerrar la pleura y drenar el saco pericardiaco; pero nunca lo contrario, por el peligro de infección de la pleura, que puede extenderse al pericardio y dar lugar á la formación de pus en el interior de este saco cerrado.

13. Para el drenaje son preferibles los tubos á la gasa, la cual puede causar la retención de los exudados, con peligro de estrangulación.

14. Una aguja puede ser separada sin inconveniente; pero cuando se trata de un cuchillo, no se debe tocar, sin haber puesto antes el corazón al descubierto y haberse dado cuenta exacta de su situación, porque la extracción de aquél puede dar lugar á una hemorragia incuercible.

NOTA. La operación de Rotter, de Viena, á que se refiere el autor en la conclusión 5.ª, consiste en practicar una incisión de cuatro pulgadas de longitud á lo largo del borde inferior de la tercera costilla, comenzando á tres quintos de pulgada del borde izquierdo del esternón. Otra incisión igual se practica á lo largo del borde inferior de la quinta costilla. Se unen los dos extremos externos de estas incisiones por otra tercera y se levanta el colgajo. Entonces se pueden dividir la cuarta y quinta costilla, y, si el espacio resulta pequeño, se secciona también la tercera costilla.

---

**Nuevas investigaciones sobre la seroterapia de las nefritis**, por el Dr. I. Teissier, de Lyón. (*Journal Medkial Français*. 30 Octubre 1908.)

El nuevo método consiste en tratar los accidentes autotóxicos de la insuficiencia renal por las inyecciones subcutáneas de suero sanguíneo extraído de la vena renal de la cabra. Turbure, de Bucares, fué el primero que tuvo la idea de combatir las afecciones

graves del parénquima renal, aprovechando las enseñanzas de Vitzon por medio de las inyecciones de suero de perro.

Su primera observación es, en verdad, emocionante. Se trataba de un rumano de veintisiete años, que padecía, hacía cinco, de nefritis intersticial, con 2,50 gramos de albúmina, edemas generalizados, gran cefalia y convulsiones. Turbure inyectó al enfermo 12 centigramos de suero de la vena renal de un perro. A la primera inyección desapareció la cefalea, y la toicidad urotóxica, que alcanzaba la cifra de 762, descendió á 49. A la sexta inyección, la albúmina apenas si llegaba á 0,75, y al mes después el enfermo salía del hospital en un estado satisfactorio.

El Sr. Teissier se ha valido para sus experiencias del suero de cabra, extraído por aspiración de la vena renal; pero recomienda mucho ligar dicha vena en su desembocadura en la cava posterior. Cita varios casos tratados por este procedimiento, haciendo historia de tres observaciones que pudo estudiar de cerca: una de nefritis aguda; otra de albuminuria brightica grave, de dos años y medio de fecha, y otra de un arterioescleroso, de setenta años, con gran disnea, insomnio, respiración, Cheyne-Stokes, etc., notablemente mejorados por las inyecciones citadas á la dosis de 15 c. c., repetidas dos, tres ó cuatro veces, con algún intervalo de días, según la marcha de la enfermedad.

Las inyecciones de suero renal de cabra parecen influir siempre, favorablemente, sobre la cantidad de albúmina que hace descender, sobre la disnea, que desaparece, casi por completo, en todos los casos y sobre el coeficiente urotóxico, que disminuye de un modo muy sensible, al contrario de lo que sucede con el tratamiento opoterápico. Respecto al modo de acción del suero renal, el autor se muestra inclinado á explicársela por la acción favorable que dicho suero ejerce sobre el hígado, despertando sus naturales defensas. Método inofensivo, puede aplicarse á todos los casos de nefritis aguda ó crónica, acompañados de síntomas de auto-intoxicación.

DR. A. MUT

## Medicina legal.

**Les preuves micro-chimiques de la presence du sperme,** por H. Liffiejohn y J. H. Pirie, traducción francesa del Dr. Er Dabout. (*Revue de Médecine légale*, Noviembre de 1908.)

Citan los autores algunas de las causas que dificultan el hallazgo de los espermatozoides en las manchas. Respecto á la fricación, aseguran: «Una causa muy importante de la falta de éxito en el reco-

nocimiento del espermatozoide es su mutilación, que impide toda identificación.

Proviene, en general, de las manipulaciones que ha sufrido el vestido antes de ser examinado. El material secado en la mancha es frotado, mutilado, hasta el punto que el diagnóstico no puede hacerse.» Sin embargo, nosotros hemos demostrado que si la fricación no es muy prolongada, intencional, no es capaz de destruir todos todos los zoospermos de una mancha. (Véase nuestra Memoria: *La identificación del esperma*. Madrid, 1907.)

Describen primero la prueba de Florence, cuyo valor es sólo el de una reacción de orientación. La reacción de Barberio ocupa más la atención de los autores. Como sabemos, se funda en el tratamiento del esperma ó del producto obtenido por la maceración de una mancha sospechosa por una solución acuosa de ácido pícrico. Se obtienen cristales amarillos, rómbicos, de ángulos redondeados en algunos ejemplares, muy refringentes.

Resumen los trabajos de algunos de los autores que les han precedido en el estudio de esta cuestión.

Como nosotros, consideran bastante fácil la distinción de los cristales de ácido pícrico y los cristales característicos. En el período de formación les creen agitados solamente de movimientos brownianos, cuando se pueden distinguir, como lo ha hecho Von Schrön y nosotros (1), movimientos propios.

Lifflejohn y Pirie han obtenido las reacciones de Florence y Barberio, con manchas de ocho y tres años de antigüedad. «En 33 casos el líquido procedía del meato urinario después de la muerte; 26 han dado reacción de Florence positiva y 28 reacción de Barberio positiva. En 7 casos, que eran negativos con el reactivo de Florence, 3 eran también negativos con el de Barberio. En 4 casos que han dado reacción positiva de Barberio, en 3 había espermatozoides. Las 5 muestras negativas con el reactivo de Barberio, 2 han sido

(1) Véase C. Galbo: Sulla nuova reazione microchemica dello sperma de Barberio. *Riforma Medica*, año XII, núm. 44.—Lecha-Marzo: La biología mineral y los cristales de Barberio obtenidos con el esperma. *Clínica y Laboratorio*, Junio, 1907.

Von Schrön ha estudiado seis especies distintas de automovimiento en los cristales de Barberio:

1.° Oscilatorio. (Semejante al movimiento browniano.)

2.° Propulsivo. (Por este movimiento sucede que alguna vez dos cristales permanecen, durante cierto tiempo, unidos y después se separan.

3.° Retropulsivo.

4.° Rotatorio alrededor del eje longitudinal.

5.° Rotatorio alrededor de un eje transversal.

6.° Delfinoide. Movimiento semejante al de los delfines, por el cual el extremo anterior del cristal desciende y se eleva en el líquido de la gota, mientra el extremo posterior describe un movimiento rotatorio helicoidal.

positivas con el reactivo de Florence. Es muy dudoso que el líquido seminal tomado en la uretra después de la muerte, sea el equivalente de una eyaculación; pero no es menos verdad, que ni el reactivo de Florence ni el de Barberio nos aseguran la presencia del espermatozoide por su reacción.»

Han obtenido reacción positiva de Barberio con el líquido prostático (como Modica De Dominicis y nosotros), y con el líquido de las vesículas seminales; cou las glándulas de Cowper, la reacción fué positiva en cuatro casos. En dos monos no pudieron obtener la eyaculación; pero los líquidos de la uretra, de los testículos, de las vesículas seminales, de la próstata, fueron todos negativos con los reactivos de Florence y Berberio; en dos casos había espermatozoides (1).

Y concluyen concediendo más valor práctico á la prueba del ácido pícrico (cuya especificidad no es absoluta) que á la reacción de Florence.

---

**Per la tecnica ematologica nell'annegamento**, por Angelo De Dominicis. (*Risveglio Medico*, año III, núm. 53. 1908.)

El estado de la sangre en la muerte por sumersión es uno de los asuntos más estudiados hoy en los laboratorios de medicina legal. Del mismo De Dominicis hemos dado á conocer importantes trabajos sobre esta cuestión (*Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, Abril 1908). En los reconocimientos que ahora publica ha tratado de ver hasta qué punto puede variar la dilución de la sangre entre el ventrículo y la aurícula izquierdas en el ahogamiento rápido y lento. Los animales (cavías) eran autopsiados una ó dos horas después de la muerte, y el grado hemoglobínico determinado con el hemoglobinómetro de Oliver.

Se observó que poco después de la muerte eran ya notables las diferencias de dilución de la sangre contenida en el ventrículo izquierdo y en la aurícula izquierda; estas diferencias con el tiempo aumentaban cada vez más. Estos hechos encuentran su explicación en sencillas condiciones vitales y post-mortales, cuales son las de llegar y permanecer la sangre en la aurícula izquierda más diluída

---

(1) Deben repetirse los reconocimientos en los monos, y probablemente se conseguirán obtener las dos reacciones positivas. Todos los autores aseguraban que el esperma del perro daba siempre reacción negativa de Barberio, y, sin embargo, nosotros la hemos obtenido con dicho esperma francamente positiva. (Véase nuestro «Estudio médico-legal de los actos de bestialidad», en la *Gaceta Médica del Sur de España* y *Revue de Médecine légale*, 1908.

y por la mayor imbibición de una pared relativamente espesa, como es la del ventrículo izquierdo.

Siempre que se trate de estudiar la dilución de la sangre en el ahogamiento, será buena práctica recoger separadamente la sangre contenida en la aurícula izquierda.

ANTONIO LECHA-MARZO
Del Laboratorio de Medicina legal de la Facultad de Valladolid.

## Neurología y Psiquiatría.

**Importancia del trabajo en la terapéutica de la locura**, por el Dr. Barcia Caballero. (*Revista de Especialidades Médicas*, Diciembre 1908.)

En comunicación presentada al Congreso científico de Zaragoza (Octubre 1908) se ocupa el autor de este importante extremo de la terapéutica de los alienados, haciendo resaltar, entre otras cosas, la circunstancia de haber sido nuestra nación, y desde una época bien remota, la primera en implantar el régimen de libertad que, con el nombre de *open door*, se predica ahora por los ingleses como flamante modernismo.

En el hospital de Santa María de Gracia, de Zaragoza, aprendió Pinel el tratamiento de la locura por medio del trabajo agrícola, implantándolo después en Bicêtre.

La larga experiencia del autor le ha hecho reconocer cada día más el importante factor que representa el trabajo bien dirigido y seleccionado, según el caso particular, en el tratamiento de los orates, y aunque puede decirse que en general toda clase de trabajo es conveniente, debe, en su opinión, darse la preferencia á las tareas agrícolas. No debe, pues, desecharse ninguna clase de trabajos, pues hasta el mental, si bien con ciertas restricciones, puede ser útil y provechoso.

El trabajo no debe ser nunca excesivo, no llegar jamás al cansancio, al agotamiento de fuerzas, que sería por completo contraproducente, sino dulce, tranquilo y adecuado á las energías del individuo, así como á sus particulares aficiones, teniendo en cuenta que muchas veces hay que limitar los impulsos exuberantes de aquellos que, poseídos de un excesivo ardor, se entregan al movimiento y actividad constantes.

Por último, es de absoluta necesidad que el trabajo no se presente al ánimo del enfermo como una imposición tiránica, como una obligación penosa, sino, por el contrario, como un entretenimiento agradable, un medio de distracción y recreo.

Los beneficios obtenidos por este tratamiento están reconocidos ya por muchos prácticos, y la experiencia del autor le ha permitido comprobar numerosas curaciones.

---

**La hidroterapia en las neuritis y neuralgias**, por el Dr. M. Libotte, de Bruselas. (*Archives d'électricité médicale*, 25 Abril 1908.)

El trabajo del autor se resume en los términos siguientes:

La sudación, por el vapor, por el calor seco, oscuro ó luminoso; la ducha caliente móvil, de 37 á 45°, la aplicación del hielo, son los principales procedimientos que nos suministra la hidroterapia.

1.° *Aplicaciones locales.*

*a*) El hielo obra descongestionando el nervio y amortiguando la sensibilidad.

*b*) La sudación, la ducha móvil obra sobre los nervios táctiles y térmicos de la piel. Su acción se refleja en la medula sobre los vasomotores. Los vasitos de los órganos se contraen al mismo tiempo que los vasos cutáneos se dilatan (revulsión cutánea). De aquí una acción antiflojística, una acción modificadora.

2.° *Aplicaciones generales.*

Una ventaja considerable que la hidroterapia posee sobre otros muchos medios terapéuticos, consiste en que puede despertar en el organismo una acción adecuada á la modificación del estado genital, activando sus medios de defensa contra la anemia, la neuropatía, la neurastenia, las enfermedades infecciosas, tóxicas, diatésicas, etc.

En efecto: el estudio de su acción fisiológica nos demuestra su influencia sobre las oscilaciones circulatorias, sobre los órganos hematopoyéticos, sobre los cambios nutritivos y sobre la absorción más considerable de oxígeno, con un desprendimiento paralelo de ácido carbónico.

---

**Acción de la escopolamina sobre diferentes clases de temblor**, por el Dr. J. Parisot, de Nancy. (*Le Journal Médical Français*. Noviembre, 1908.)

Son interesantes las observaciones que respecto á la acción de la escopolamina en las diferentes clases de temblores ha podido reunir el autor de este trabajo. Siempre ha usado el bromhidrato de escopolamina, á la dosis de *un cuarto á medio miligramo*, en inyección hipodérmica diaria, y empleando como vehículo el agua destilada. Al cabo de diez días de medicación se suspende ésta, para volver á empezar cuatro días después.

Como toda prudencia es poca con este tratamiento, el Dr. Parisot tantea previamente la susceptibilidad de cada enfermo para el medicamento, á fin de evitar los graves accidentes que puede producir este remedio, aun á dosis refractas.

En la enfermedad de Parkinson, el medicamento produce una disminución considerable del temblor en todos los casos; y en manos del autor, la desaparición total en 11 casos, de 14 tratados de este modo. La mejoría persiste de diez á diez y seis horas después de la inyección. Sin embargo, cuando se suspende el tratamiento, el síntoma continúa atenuado durante algunos días. Aunque los resultados han sido evidentes, en ningún caso de parálisis agitante ha habido curación.

En el temblor senil, la acción de la escopolamina es casi tan marcada como en la enfermedad de Parkinson. El efecto se mantiene durante cuatro á seis horas por lo menos.

En el bocio exoftálmico el efecto es menos acusado, y por más que el temblor disminuye algo en intensidad, reaparece á la menor emoción. De todos modos, esta mejoría es siempre mucho menor que la obtenida con el tratamiento propio de la enfermedad de Basedow.

En el temblor esencial hereditario se obtuvo una notable atenuación en tres casos tratados, persistiendo la mejoría por ocho horas, si bien á favor de dosis de $^1/_2$ á $^3/_4$ de miligramo.

En la parálisis general ha sido también ensayado el medicamento; pero aquí no han podido apreciarse efectos favorables.

Con esta medicación se consigue atenuar el temblor de los alcohólicos y de la esclerosis en placas, así como la ataxia y la rigidez. La mejoría persiste en esta última entre veinte y veintiséis horas después de la inyección, y el autor cita un caso en el que los síntomas atenuados no reaparecieron después de suprimida la medicación.

DR. E. VILCHES

## Oftalmología.

**Catarata por descarga eléctrica,** por M. Terrien.—(Société D'Ophtalmologie, de París.—Sesión de 3 de Noviembre de 1908.—De *La Clinique Ophtalmologique*, 25 Diciembre 1908.)

Un hombre de veintiséis años, empleado en el Metropolitano en calidad de electricista, trabajando en la reparación de una máquina el 2 de Mayo, tocó, por descuido, con la mano una palanca de conexión, por la cual pasaba una corriente de 500 voltios, perdiendo al mismo tiempo el conocimiento, pero sin experimentar ningún dolor.

Por haber sufrido fuertes quemaduras en la cara, fué transportado al hospital, y no fué visto por M. Terrien hasta el 9 de Mayo. En aquel momento tenía solamente conjuntivitis sin secreción, y fotofobia interna sin lesión oftalmoscópica alguna. Curación, el 27 del mismo mes.

El 31 de Julio el herido empezó á quejarse de trastornos visuales del lado derecho, de los cuales se apercibió la víspera, por casualidad. En efecto: de este ojo la visión era $= {}^{1}/_{10}$ escasamente. Se vió sobre el cristalino un punteado que ocupaba las capas sudcorticales de la lente, y, sobre todo, muy marcado en el ecuador y en la región cortical anterior vecina de este último. El ojo izquierdo estaba normal. Hacia fines de Agosto la catarata era completa.

Actualmente el enfermo muestra en el lado derecho una catarata blanda, lechosa, medianamente intumercente, con disminución de la profundidad de la cámara anterior. Visión reducida á la percepción luminosa.

Este caso difiere de aquellos en los cuales se trata de accidentes producidos por la luz eléctrica *misma*, cuando por formarse un corto circuito, estalla la corriente entre dos puntos, surte una chispa delante de los ojos del sujeto colocado no lejos de ella. Aquí se trata de una catarata aparecida en un individuo que había sido atravesado por una descarga eléctrica: La catarata apareció, más de dos meses después del accidente, unilateral, y que se completó rápidamente.

En las tres observaciones análogas citadas por el autor, la catarata fué igualmente tardía, pero quedó incompleta en dos casos.

La catarata por fulguración presenta, bajo este respecto, grandes variaciones: aparición á los dos ó tres días (casos de Silex y de Silvsat), ó á los once meses (caso de Pangenstecher) y hasta los tres años (casos de Leber y de Knics).

La patología de esta variedad de catarata permanece oscura. Para el autor, la hipótesis más admisible parece ser la de una acción mecánica y electrolítica á la vez de la corriente eléctrica sobre el cristalino.

---

**M. Bochon-Durigneaud.—Ambliopía yodofórmica.**

Un hombre de veintiún años, con un absceso frío en la ingle, es tratado por la punción y la inyección consecutiva de 20 centímetros cúbicos de glicerina yodoformada al tercio, ó sea de 6 á 7 gramos de yodoformo. Al día siguiente, por la tarde, temperatura de 38°,3, para volver dos días después á la normal.

Ocho ó diez días después de la inyección, el enfermo comienza

á sentir en la nariz y en la boca un olor y un gusto á yodoformo que le impedían, decía él, encontrar algún sabor á los alimentos. Al mismo tiempo siente la cabeza pesada. Nada de vómitos ni de vértigos. Este estado de saturación yodofórmica dura de ocho á diez días.

Treinta y siete días después de la inyección, el 27 de Julio, el enfermo nota al despertarse que su visión es extremadamente turbia, y esta ambliopía aumenta hasta el punto de que algunos días más tarde apenas puede distinguir los alimentos en su plato. La cosa quedó estacionaria, y en este estado, el enfermo consultó en Grenoble al Dr. Salva, que hace constar lo que sigue, el 4 de Septiembre:

«Doble papilitis muy clara; ligera prominencia de las papilas, que son de coloración rojiza y mal limitadas, de bordes estriados y dilatación venosa; los globos dolorosos á la presión.—O. D.: V = dedos á 1,50 metros. O. I.: V = dedos á 3 metros. Campo visual, sensiblemente normal.

»El 25 de Septiembre se ha modificado bastante el aspecto oftalmoscópico. Las pupilas están mejor limitadas, no son prominentes; las venas están todavía algo dilatadas, sobre todo en el lado izquierdo. La visión está muy mejorada en el lado derecho, pues los dedos puede contarlos á 4 metros; en el ojo izquierdo está poco modificada.»

El enfermo ingresa en Laënnce el 15 de Octubre. La agudeza visual es de $^1/_{25}$ en el lado derecho y de $^1/_{50}$ en el lado izquierdo; las pupilas reaccionan normalmente; el fondo del ojo no presenta ninguna alteración, y á lo sumo puede admitirse que la pupila está ligeramente velada. El aspecto de la mácula es absolutamente fisiológico.

Pero existen escotomas centrales para el verde, el rojo y el azul y una reducción periférica del campo de percepción de estos colores. Extremadamente marcada para el verde, esta reducción es todavía sensible para el rojo y puede ser aún más para el azul.

Como patogenia, el autor admite la intoxicación por el yodoformo, porque el trastorno visual presenta todos los caracteres de las ambliopías tóxicas con escotoma.

DR. GALO LEOZ

## Osteo-artropatias y Cirugia ortopédica.

**Di alcune modificazioni citologiche nel sangue dei fratturati,** por Bernardi. (Tipografía Editrice Mariotti. Pisa, 1907.)

El trabajo contiene el resultado de más de mil análisis de sangre de personas normales y de fracturados. Las conclusiones son las siguientes:

1.ª Cuando se observa la sangre de un enfermo fracturado, se nota siempre, y sin excepción, un aumento en el número de leucocitos, en proporción de la extensión de la herida ósea y de la gravedad de esta herida.

2.ª Este aumento alcanza su máximum de los diez á quince días después de la fractura, y desaparece con la vuelta al estado normal.

3.ª Existe en la sangre de los fracturados un regular número de mielocitos, los cuales están en relación con la edad del paciente, la gravedad de la herida y la significación de la fractura ósea.

4.ª La aparición de las células polinucleares neutrófilas, las grandes uninucleares y las formas de transición va en perjuicio del aumento de linfocitos.

5.ª Las células cosinófilas disminuyen en los primeros días de la fractura, y más tarde, cuando no existen complicaciones, alcanzan altas cifras.

6.ª La falta, disminución ó desaparición de las células eosinófilas en un fracturado, indica una complicación más ó menos grave en el curso curativo ó reparador de la fractura.

---

**Sulle pseudo-artrosi con speciale riguardo al tessuto muscolare interposto,** por Pucci. *(La Clinica Chirurgica.* 1908.)

El autor hace un estudio general de las pseudo-artrosis y de la causa más común de las mismas ó interposición de tejidos blandos entre los fragmentos óseos.

De 54 investigaciones experimentales practicadas en perros, deduce lo siguiente:

En los primeros días de la interposición del músculo entre los fragmentos, originase un aumento de los núcleos del sarcolema, al mismo tiempo que una degeneración de las fibrillas musculares y un comienzo de atrofia de las mismas. Obsérvase en estas fibras musculares interpuestas, una especie de *detritus* ó residuo de las mismas, lo cual no impide el proceso de evolución formativo del callo en el periostio, cavidad medular y tejido óseo mismo.

En estas condiciones se verifica necesariamente la consolidación de la fractura.

Solamente en algunos enfermos raros ha visto el autor la interposición de fibras musculares no degeneradas ó sanas, produciéndose en estos casos la pseudo-artrosis.

El tejido muscular, pues, no es, en la mayoría de las ocasiones, el verdadero obstáculo para la formación del callo y producción, por consiguiente, de una pseudo-artrosis.

---

**Asamblea de naturalistas y médicos alemanes,** celebrada en Colonia del 20 al 28 de Septiembre de 1908.

Bade, de Hannover, habla sobre las dificultades que presentan algunos casos para la reducción incruenta de la luxación congénita de la cadera.

Cree que las principales dificultades que se oponen á la reducción dependen de la anteversión del cuello del fémur, del coxavara y de la edad del paciente, pero no las considera de un modo absoluto como contraindicaciones. Cree que se puede y debe conseguir en todos casos un buen resultado auxiliándose de los rayos Roentgen, hasta que la reducción de la cabeza en la cavidad sea completa, manteniendo estrechamente fija la cabeza en la cavidad por un buen vendaje apropiado en la posición de Lorenz, y, sobre todo, teniendo mucha vigilancia y paciencia. Á esta falta de vigilancia y paciencia por parte del médico y de las familias, atribuye la mayoría de los fracasos.

El Dr. Joachimsthal, de Berlín, habla sobre la importancia del diagnóstico precoz de la luxación congénita de la cadera.

Aparte de la subida del trocánter sobre la línea de Rosen-Nélaton, que en las primeras edades no puede percibirse claramente, sobre todo cuando la luxación empieza á iniciarse; colocado el enfermo en decúbito supino sobre un plano duro horizontal, doblado el muslo sobre la pelvis, formando un ángulo de 90°, y abducido fuertemente, se ve que cuando es unilateral en el lado sano el eje del muslo, sigue una línea regular perpendicular al eje del tronco; lo cual no sucede en el lado luxado, en el cual, tanto si la luxación es supracotiloidea como ilíaca, el eje del fémur se desvía de esta línea.

La importancia del diagnóstico precoz de la luxación en las primeras edades de la vida, se deduce de lo fácil que es la reducción en este período y de los resultados tan satisfactorios que pueden obtenerse.

---

**Sobre la parálisis isquémica y contractura de Volkmann,** por R. H. Sayre, de New-York. Noviembre, 1908.

En el año 1875, R. Volkmann llamó por primera vez la atención sobre los malos efectos obtenidos en los casos de fracturas por los vendajes demasiado compresivos.

En la extremidad superior, después del vendaje compresivo en las fracturas de los huesos del antebrazo ó en la inter-articular del codo, preséntase la característica mano gafa, semejante á la *main-en-griffe,* de origen nervioso.

Volkmann llama la atención en estos casos sobre la impotencia muscular, debida á una miositis primitiva, que origina la deformidad mucho más rápidamente que cuando los nervios han sido traumatizados.

Lesser, en 1884, publicó sus resultados experimentales sobre las parálisis isquémicas, ocluyendo en animales las arterias por vendajes demasiado compresivos.

Si la presión continuaba por seis horas ó más, la sustancia muscular degeneraba rápidamente, apareciendo ampollas en la piel y gangrena. Si se quitaba la presión, aparecían los músculos congestionados, con derrame del contenido de los vasos en la sustancia muscular, y una miositis transformaba más tarde el músculo, total ó parcialmente, en una cuerda fibrosa. Si la constricción de los vasos se hacía cesar rápidamente, el derrame intermuscular era grande. Si la constricción se hacía desaparecer lentamente, el derrame era mucho menor. Si el apósito se quitaba completamente, los músculos podrán volver á su condición primitiva. Si se reaplicaba, aun cuando fuese flojamente, se observaba una mayor ó menor desorganización muscular.

Según Lesser, los nervios no sufren en la constricción de los miembros por los apósitos, y sí únicamente los músculos.

Sin embargo, en las observaciones clínicas se encuentran lesiones tróficas de la piel y de las uñas, asociadas á las contracturas descritas por Volkmann, y en los casos operados frecuentemente hay gran atrofia nerviosa, debida á la compresión de los nervios por el tejido fibroso consecutivo á la desintegración muscular ó por el aprisionamiento de filetes nerviosos en el callo óseo.

El tratamiento de esta forma típica de parálisis (refiriéndonos al antebrazo), ha consistido en el alargamiento de los tendones de los músculos flexores, ya con materia del mismo tendón, ya con los hilos de seda de Langue.

Sin embargo, los resultados ulteriores de funcionamiento no han sido todo lo satisfactorios que fuera de desear.

A Heule, en 1890, se le ocurrió resecar dos trozos de los huesos del antebrazo, obteniendo resultados más satisfactorios que con las operaciones de tendones, y siendo seguido este criterio por varios cirujanos de Inglaterra y Estados Unidos.

Por fin, en 1907, ante la Asociación Ortopédica Americana, míster Rober Jones, de Liverpool, expuso un método que, empleado en varios casos, ha sido el que hasta ahora ha dado mejores resultados.

El procedimiento está basado en el hecho (refiriéndonos siempre al antebrazo) de que, doblando la muñeca, puede conseguirse la extensión de los dedos. Una vez los dedos extendidos, se coloca sobre

cada uno, por el lado palmar, una canal metálica que mantenga la extensión. Estas canales metálicas se continúan con una palmilla, también de metal, que se extiende por el antebrazo, y la cual está al principio naturalmente doblada en la muñeca. Por cima se sujeta con un vendaje escayolado. Poco á poco se va abriendo el ángulo de la muñeca hasta conseguir la posición rectilínea, conservando siempre los dedos en extensión. Por fin, se puede llevar la muñeca á sobrextensión, doblándola por el lado dorsal.

Los resultados funcionales conseguidos por este procedimiento, auxiliado por el masaje, faradización y movimientos activos y pasivos, son tan perfectos, que ha sido aceptado por los cirujanos ingleses y americanos que lo han conocido.

DR. S. GARCÍA HURTADO

## Oto-laringologia.

**Sobre el origen de los ruidos subjetivos auriculares**, por B. V. Verchovsky. (*Rousski Vratch*, 2 Février 1908, núm. 5.)

El autor parte del principio de que no hay audición sin vibraciones. Todo ruido auricular que parece ser subjetivo, tiene un origen objetivo, ya sea en el oído, ya en sus proximidades, y este ruido es transmitido por la vía habitual que produce las vibraciones de la membrana basilar del conducto coclear. Los ruidos producidos por las contracciones de los músculos del oído medio, así como los que son debidos al paso del aire por las vías respiratorias, no molestan en general á los enfermos.

Los ruidos más penosos son debidos á la auto-auscultación de los vasculares, que pueden ser fisiológicos; pero mejor transmitidos, á causa de una mayor conductibilidad de las paredes óseas, ya por una resonancia mayor, ó bien á consecuencia de una exagerada excitabilidad del aparato auditivo; y pueden ser patológicos, consecutivos á una modificación de la sangre (anemia) ó de las paredes vasculares (arterio-esclerosis).

---

**El isoformo en otiatría**, por Kutvirt, de Rilsen. (*Sbornik Lekarsky*, 1908, núm. 3.)

Empieza exponiendo las condiciones que debe llenar hoy día un antiséptico y los inconvenientes de los usados hasta ahora.

El isoformo tiene todas las ventajas del yodoformo, sin presentar sus inconvenientes (olor, toxicidad, poder irritante); ha sido em-

pleado ventajosamente en clínica quirúrgica por Mikulicz, y en otiatría por Resnier, Heine y Urbantschitsch.

El autor ha empleado el isoformo en 127 casos de otitis crónica supurada, y diez veces en las curas consecutivas á otros tantos vaciamientos mastoideos.

Se emplea este medicamento en insuflaciones (50 por 100 de isoformo con 50 por 100 de fosfato de cal) y en gasa isoformada al 10 por 100.

Los exámenes bacteriológicos del autor concuerdan con los resultados favorables: el desarrollo de las colonias microbianas está dificultado con isoformo á 0,03 por 100; con una solución á 0,5 por 100 se impide el desarrollo de 18 especies bacterianas (saprofitos y parásitos).

---

**Pronóstico y tratamiento de la tuberculosis laríngea,** por Cisler.
(*Casopis Lekar, leskych*, 1908, núm. 27.)

Cisler es partidario decidido en el tratamiento de las tuberculosis laríngeas del fenilpropionato de sosa, preconizado en 1904 por Bulling.

Este medicamento lo ha empleado en nueve casos, obteniendo resultados satisfactorios en cuatro veces, después de un tratamiento de muchos meses. Se hace todos los días una inhalación de una solución al 2 por 100 y 3 por 100 (100 centímetros cúbicos).

Imhofer cree que el autor es optimista en atribuir á este método una superioridad sobre el que consiste en emplear el ácido láctico. Además, desde Bulling, Elkans y Wicomuller, este método no parece reunir numerosos partidarios.

LUIS INFANTE

# TRABAJOS DE LABORATORIO

## Y SUS APLICACIONES CLÍNICAS

---

**Resultados de las experiencias acerca del recambio del ázoe y del ácido fosfórico, hechas en dos perras embarazadas, durante un largo período de tiempo, en el embarazo, la lactancia y el destete,** por Valenti. (Sociedad Médico-Quirúrgica de Pavía; sesión de 31 Enero 1908. *Il Policlinico.* Sezione pratico. Fas. 8, 1908.)

Refiere los resultados de experiencias sobre el recambio del ázoe y del ácido fosfórico, hechas en dos perras embarazadas, durante un largo período de tiempo, durante el embarazo, la lactancia y después del destete.

Durante el embarazo, y más especialmente en su último período, la eliminación total de ázoe va aumentando gradualmente, á la vez que aumenta la eliminación del ácido fosfórico, bien sea por la orina, bien por las heces fecales. Para los fosfatos térreos este aumento de eliminación es menos evidente. Tanto para el ázoe total como para los fosfatos *in toto* y térreos, esta mayor eliminación adquiere su grado máximo en los dos ó tres días que preceden al parto.

Preguntándose el autor á qué causa puede obedecer este aumento, declara no poderlo decir de una manera absoluta, y se inclina á pensar que esta máxima eliminación sea debida á que el feto, completamente desarrollado, no utiliza las materias nutritivas; pero queda ahora sin explicar el por qué esto ocurre, siendo así que, en términos generales, el feto debe continuar su crecimiento indefinidamente. El autor declara no poder resolver la cuestión, y apunta la idea de la posibilidad de tomar los resultados de sus observaciones para que sirvan como apoyo de alguna de las múltiples teorías que existen para explicar el mecanismo, todavía oscuro, de la interrupción fisiológica del embarazo.

Durante la lactancia, la eliminación de ázoe total y de ácido fosfórico *in toto* no se modifican grandemente, comparado con los últimos días del período precedente. En cambio, hay notable eliminación de fosfatos térreos.

Después de la lactancia, la eliminación del ázoe y del ácido fosfórico total crecen notablemente en los dos ó tres primeros días; pasados, los cuales, se nota un evidente ahorro de las sustancias pro-

teicas y de los fosfatos alcalinos, mientras se sostiene sujeta á pocas variaciones la eliminación de los fosfatos térreos.

Esto conduce á creer, según el autor, que durante la lactancia con nutrición suficiente (y en la cual el peso de los animales se mantiene sujeto á pocas variaciones), la madre cede una parte de ella á los recién nacidos; por esto, suspendida la lactancia, se nota durante un cierto período de tiempo un ahorro de las sustancias proteicas y de los fosfatos alcalinos, mientras no se modifica en gran manera la eliminación de los fosfatos térreos que representa el recambio del tejido óseo.

F. Blasco

---

**Le localizzazioni extrapulmonari dello pneumococo, colpite da diplococo lanceolato di Fränkel**, por Calandra.— Las localizaciones extrapulmonares del pneumococo, vaginitis por diplococo lanceolado de Fränkel. *(Il Policlinico.* Sezione pratico. Fas. 6, 1908.

El canal sexual de la mujer ha sido objeto, tanto en estado normal como patológico, de numerosas investigaciones bacteriológicas. En la vulva son numerosos los microorganismos saprofíticos, y estos agentes van disminuyendo á medida que profundizamos en la vagina, y llegan á desaparecer á la altura del orificio externo del cuello, demostrando los trabajos de Doderlein, Winter, Walthard, Witte, Stroganoff y los del autor, que en estado normal, la cavidad del útero y trompas no tienen ningún microorganismo.

La vagina habitualmente sirve de morada á muchos microorganismos; pero dotada de un poder de autopurificación, en parte conseguido por su secreción ácida, el bacilo de Doderlein ó la acción de leucocitos puede desembarazarse de los agentes patógenos en diez y ocho ó veinticuatro horas, según lo han demostrado experimentos llevados á cabo por Krönig, Menge, Mirto y el autor.

De todos los agentes patógenos capaces de producir una vaginitis, está en primer término el gonococo, después el estreptococo piógeno, el bacilo de la tuberculosis, el de la difteria, el *proteus vulgaris,* diversos leptotrix, el tricomona, etc.

En la literatura revisada por el autor no se encuentra ningún caso producido por el diplococo lanceolado de Fränkel, por más que se han encontrado gran número de diplococos de diferentes especies. En casos de pneumonía, se encontró en la cavidad uterina, sin determinar lesión de la mucosa; pero se conceptuó como llevado por la sangre.

Esta rareza obligó al autor á presentar el caso siguiente:

Una muchacha de veinte años, soltera, de constitución débil, cloro-anémica, con trastornos menstruales é hiperclorhidia, refiere

que hace tres meses siente escozor al orinar, y que esta molestia no se modifica á pesar de las irrigaciones con permanganato potásico. El escozor y ardor aumentan, y son acompañados de un flujo purulento, de color amarillo verdoso, que le impide atender á sus ocupaciones. Confiesa haber tenido relaciones sexuales con un hombre sano.

Á la inspección, los labios mayores están tumefactos, encarnados y edematosos, bañados de pus, el cual ha producido un ezcema intetrigo. La mucosa del vestíbulo está fuertemente roja y el meato urinario más fuertemente coloreado. El tacto es doloroso y aprecia el cuello uterino normal, pero las paredes vaginales tienen aumento de temperatura, están edematosas y bañadas de pus con los caracteres antes dichos.

El análisis bacteriológico del pus, tiñendo con tionina fenicada, demuestra la existencia del diplococo lanceolado con relativa cápsula, perfectamente visible. La contraprueba hecha con el Gram-Nicoli, y volver á colorear con la solución hidroalcohólica de fuchina, excluye la presencia del gonococo.

El no poder disponer de un topo blanco, animal sensible por excelencia al diplococo, hizo se valiera el autor para su aislamiento del conejo; para lo cual, cogido con las precauciones debidas flujo de la vagina de la enferma, y mezclado con caldo esterilizado, se inyecta en la vena de una oreja del conejo; el animal muere á las cuarenta y ocho horas, y en seguida se hace la autopsia en cámara de cristal para que sean mayores las garantías de asepsia. Descubierto el corazón é incindido, se hacen siembras de la sangre en caldo, gelatina y agar. El resultado de las siembras es el siguiente:

*Agar plano.*—Colonias puntiformes, colonias brillantes, transparentes, redondas, y que al microscopio se presentan finamente granulosas. Cultivo puro del diplococo.

*Agar inclinado.*—Como el anterior; colonias apenas visibles, transparentes como gotas de rocío, evidentes á las diez y seis horas.

El examen microscópico demuestra el diplococo reunido en cadenetas, que lo hace se confunda con el estreptococo. De estos cultivos se inyecta un topo blanco.

*Gelatina.*—Desarrollo apenas visible; pequeñas colonias esféricas en corona de rosario; ninguna liquefacción.

*Caldo.*—Ligero enturbiamiento á las treinta y seis horas; paso al estado limpio con depósito pulverulento, pero poco abundante.

El microscopio pone de manifiesto el diplococo en cadeneta de cuatro á seis articulaciones.

El topo blanco inoculado muere á las veinticuatro horas. Escaso edema local, sangre negra, ausencia de lesión pulmonar, bazo hi-

pertrófico. Las preparaciones hechas con sangre y con exudado peritoneal dan numerosas formas de pneumococo provisto de cápsula. Las coloraciones, hechas con tionina fenicada y Gram-Nicoli.

Es tan evidente el pneumococo en los cultivos, que permite hacer la diferenciación del *diplococus sub-flavus* de Bumm, del diplococo amarillo cetrino de Steinschneider, el diplococo amarillo no líquefaciente de Legrain y el diplococo cítreo *conglomeratus* de Bumm.

La patogenia del caso, el autor la explica por tocamientos con el dedo mojado de saliva ó la boca de su amante; llevaron á la vulva el diplococo, ya que no hay ningún antecedente que explique su importación por la vía sanguínea. Los trabajos de Pasteur, primero, Sternberg, después, y los de Biondi, Fränkel, han puesto en evidencia la posibllidad de encontrar el pneumococo en la saliva de personas completamente sanas.

CELEDONIO CUBO

# BIBLIOGRAFÍA

**Ensayo de Patología social, por el Dr. Saturnino García Hurtado.**

En el primer momento, cuando se me encargó diera á conocer á los lectores de esta Revista el *Ensayo de Patología social*, del doctor G. Hurtado, experimenté alguna contrariedad, porque mi juicio, si era favorable al libro, podría aparecer, para algunos espíritus poco seguros, interesada y acomodaticia, ya que se trata de un compañero de redacción; si adverso, porque el primero que había de sentir la desventura sería yo mismo. Mas una ligera meditación sobre este asunto me libró bien pronto del malestar que sentí en un principio, porque reobrando sobre mi conciencia, ésta me enseñó claramente que la impresión que yo dedujera de la lectura de esta obra, ni habría de ser la única, ni, sobre todo, la mejor. Y por si alguna vacilación quedara en mi ánimo para escribir lo que fuera justo, bueno ó malo de la *Patología social,* el mismo autor del libro, en la página 9, muestra la conducta que debe seguirse en estos ó parecidos casos, de este modo:

«Cuando cojamos un libro entre las manos y queramos apreciar su contenido, prescindiremos por un momento del que lo ha escrito; leeremos sus páginas con detenimiento, miraremos si tiene algo útil que pueda interesarnos, y si efectivamente así sucede, désenos tres higas por el nombre del autor, que como éstas sean buenas y de algún alcance, el provecho que de ellas obtendremos será siempre proporcionado al contenido ó valor de las mismas, llámese el autor ó el exponente Juan ó Pedro, que ya he dicho que el nombre en sí no hace á la cosa.»

Dispuestos á seguir el consejo del Dr. G. Hurtado, cogemos el libro, y vemos que el *Índice* contiene las siguientes materias:

1.° *Homo Sapiens.*—2.° *De la importancia del pensar sin prejuicios.*—3.° *De cómo se debe hacer el estudio de las sociedades.*—4.° *Del concepto del delito.*—5.° *El delito en común.*—6.° *De otras formas de delito que no lo parecen.*—7.° *De los tribunales de justicia.*—8.° *De la idea de justicia.*—9.° *Parasitismo.*—10. *Límites de la Patología social.*—11. *La sociedad debe proveer á las necesida-*

*des de los inválidos y de los ancianos.*—12. *De la moral acomodaticia.*—13. *El pan de la roña.*—14. *De la finalidad de los actos humanos.*—15. *De cómo influyen las condiciones del terreno y clima sobre la conducta y el carácter de la gente.*—16. *De la formación del espíritu.*—17. *Matonismo y guapeza.*—18. *Los acaparadores de riqueza.*—19. *Progreso.*—20. *Política.*—21. *De la penuria general.*—22. *De la caridad privada.*—23. *Del malestar de la clase médica.*—24. *De las asociaciones gremiales.*—25. *De las modas.*—26. *Del descanso dominical.*—27. *De la educación de la mujer.*—28. *De los libros.*—29. *Dominio de las pasiones.*—30. *De los males que origina la fortuna.*—31. *De los hospitales y asistencia domiciliaria á los enfermos pobres.*—32. *Lo que en mi concepto urge más hacer.*

¿Verdad que hay aquí tela cortada para escribir varios tomos? Pues bien: el Dr. G. Hurtado trata de todos estos asuntos en un reducido volumen, en 4.° menor, de 222 páginas; es decir, en un librito que se lee de una sentada, dejándole á uno con la miel en los labios. Ya lo dice el autor en un pasaje de su libro:

«Tengo una verdadera aversión á los libros grandes; no á los grandes libros.»

Y en otro sitio del mismo capítulo añade:

«El lenguaje del porvenir deberá ser de ideas expresadas con el menor número de palabras posible. Si la palabra sirve para manifestar las ideas, el exceso de palabras, tanto habladas como escritas, no hace más que oscurecerlas.

El *Ensayo de Patología social* es, ante todo, un libro original, en el verdadero sentido de la palabra. No es un tratado, ni un esbozo siquiera de sociología general; no se parece en nada á ningún otro libro que se ocupa de esta ciencia. El autor abandona el camino trillado de otros pensadores, y sintiéndose con una riqueza vital, superior á las escasas rentas de la vulgaridad, no se somete á ninguna férula tradicional, sino que razona por su cuenta y riesgo. El Dr. G. Hurtado no nada con la corriente, porque su actividad cerebral es suficientemente intensa para luchar contra ella. Así es, que en su obra no se encontrará nada que haga referencia á la historia de la sociología, ni á su progreso científico, ni al concepto general de esta ciencia, ni á sus relaciones ni divisiones; se ciñe solamente á los problemas sociológicos, al fenómeno social.

«Patología social.» ¡Ah, sí! ¿Pero qué es lo social? ¿Cómo nace? ¿Cómo se transforma? ¿Cómo se reproduce? ¿Cómo lo vivimos? Porque la determinación de lo social, como distinto de lo psíquico, de lo biológico, etc., no es lo bastante para construir sobre este solo *hecho* todo el edificio de la sociología. Lo social tiene muchas caras·

Para G. Hurtado, aun cuando él no lo dice, se sobrentiende, la sociología ha pasado de la era de las construcciones y síntesis filosóficas, de las meditaciones metafísicas, á la época de las investigaciones sobre grupos de hechos claramente circunscritos, es decir, *reales* en tanto son *cognoscibles* y capaces de tratamiento.

G. Hurtado es más Kantiano que Spenceriano. Estudia la sociología en su aspecto práctico de estructura y funciones del organismo social, y no como un término general que comprende las teorías sociales, la filosofía social ó las leyes á que obedece la asociación como tal; es decir, que preocupándose exclusivamente del punto de vista especial artístico, penetra y descubre los males sociales, considerándolos de idéntica acción que las enfermedades que padecen los individuos aisladamente, en tanto que «la sociedad es una reunión de individuos ó células que tiene su anatomía, fisiología, patología y terapéutica».

Puesto en este terreno el autor, es un «descontento»: no imita la obra social general de la masa, sino que *hace* reflexivamente labor innovadora, mirando al porvenir, sediento de mejoras, encaminándose hacia el ideal, es decir, del más allá y mejor previendo, adivinando lo venidero, y muchas veces indicando al propio tiempo el remedio que más conviene al mal que señala.

El *Ensayo de Patología social* ha de ser un libro muy leído y muy discutido. Las sentencias que encierra, unas veces hieren la piel hasta hacer salir la sangre, y otras, aun siendo siempre producto de un pensador grande y profundo, se prestan á la controversia. Los capítulos *De la moral acomodaticia, De los males que origina la fortuna* y *De la educación de la mujer*, entre otros, han de ser seguramente objeto de diversas apreciaciones. Hablando del último punto, dice el Dr. G. Hurtado:

«¿Qué dicen la anatomía y fisiología comparada? Pues que en los vertebrados superiores, fuera de la función sexual, la hembra y el macho se diferencian poco en cuanto á capacidad, instintiva ó intelectual. Véase, por ejemplo, en el caballo, perro, zorra, etc., qué diferencia hay en cuanto á inteligencia entre el macho y la hembra. Pues lo mismo sucede en la especie humana.»

Aquí ha de encontrar el autor quien le salga al paso, exclamando:—Pero, ¿de cuándo acá, el lobo, el caballo, el perro y el zorro poseen inteligencia? ¿Es que da lo mismo el sentimiento del instinto de conservación, el instinto de la tendencia á aumentar el poder y aun el germen del sentimiento de la selección sexual, de Darwin, que el sentimiento intelectual propiamente dicho, ese que no aparece sino cuando le determina la *relación interna de las representaciones*?

Podrá no haber gran diferencia entre la capacidad instintiva del

caballo ó de la yegua; pero de esto no se puede deducir, porque falta el término de comparación, la analogía ó divergencia entre la inteligencia del hombre y de la mujer. Ya sé yo que el autor se defendería de esta y otras objeciones que pudieran hacérsele: lo que no sé es de parte de quién estaría, en último término, la razón.

En cuanto á mí, creo que acabaría por convencerme más pronto de que la zorra, pongo por caso, puede llegar á saber lo que es Metafísica, si se la educa, que la mujer (término genérico), en iguales condiciones, llegue á conquistar los dominios del «genio». Con que poseyera esa virtud, dón, facultad, que se llama sentido común, sería bastante para labrar la felicidad del hombre y ocupar el puesto que las leyes fisiológicas, filosóficas, sociales y teológicas le han asignado.

El mismo Darwin, en el *Origen de las especies,* demuestra que en la mayor parte de las especies animales, la hembra conserva el tipo de la especie, mientras que los machos se apartan de ella, á veces de una manera considerable. En la hembra predomina la ley de herencia; en el macho, la ley de formación individual.

La literatura, las poesías, las novelas, la pintura nos han dado una idea de la mujer completamente equivocada; no es la mujer en el arte una real imagen científica, sino la creación ideal de una imaginación del hombre sumida en éxtasis genésico. Al describir la mujer, la observación ha obedecido inconscientemente á excitaciones sexuales. La mujer es más igual á sí misma, menos diversa que el hombre, y su manera de pensar y de sentir son típicos. Es, en fin, la mujer un autómata intelectual, que ha de andar hasta el punto de parada el camino trazado, y que no puede cambiar por sí misma el mecanismo de su marcha.

Por ventura, hoy, que la producción de novelas es casi exclusivo trabajo femenino (por lo menos en determinados países); hoy, que es la mujer la que se describe á sí misma, ¿ha variado en las obras escritas por el sexo débil el tipo de mujer ideado por el hombre? Los autores femeninos son incapaces de elevarse por encima de la tradición y de pensar originalmente nada que valga la pena.

Pero ahora reparo que esta ligera digresión que me he permitido, y que, para mal explicarla, me ha costado algunas líneas, el doctor G. Hurtado la hubiese expresado mejor, sin duda, en una sola frase. Este es otro de los grandes méritos que encierra el *Ensayo de Patología social.* Cada palabra es un grano de oro, producto de un largo y razonado pensar. La sobriedad (que no excluye el adorno ni la frase castiza) del estilo empleado, recuerda aquel famoso episodio de *La Ilíada,* en que Antíloco da cuenta de que Patroclo ha sucumbido á manos de Héctor; «Patroclo ha muerto; se pelea por su cadáver...

Héctor tiene sus armas.» No hay en el libro á que aludo cláusulas incidentales ni ideas secundarias. El pensamiento está condensado, como el croquis en la pintura.

Podría terminar este intento crítico con unas cuantas frases de elogio, realmente sentidas; pero me detiene lo que dice el autor en la página 10 de su obra. Además, ¿á qué ensalzar y encomiar lo que ya de por sí está colocado muy alto? Basta con leer el libro.

A. Mut

---

# SECCIÓN PROFESIONAL

## Concurso médico.

I. La Sociedad Española del Radio y sus Aplicaciones, en su constante deseo de que, en bien de la humanidad, se extiendan los conocimientos relativos á la aplicación del radio á la terapéutica, abre un concurso para recabar de la clase médica el estudio, por los medios que considere más apropiados, de una de las aludidas aplicaciones del radio con arreglo al siguiente tema:

*Acción sobre el organismo de las aguas radiactivas calificadas de indiferentes bajo el punto de vista químico; sus indicaciones y aplicaciones terapéuticas.*

II. La Memoria estará escrita en castellano, francés ó italiano.

III. Los trabajos podrán presentarse hasta el 31 de Mayo de 1909, á las diez y nueve horas.

IV. El jurado estará compuesto de cinco individuos, designados, respectivamente, por la Real Academia de Medicina, por las Facultades de Medicina y Ciencias de la Universidad Central, por el Cuerpo de Médicos hidrólogos de España y por la Sociedad Española del Radio y sus aplicaciones.

V. El jurado adjudicará un primer premio de 1.000 pesetas, un segundo premio de 250 pesetas y un *accésit* á aquellas de las Memorias presentadas que, á su juicio, merezcan tales distinciones, declarando desiertos los premios y el *accésit* si el jurado no conceptuara á ninguna con méritos suficientes.

VI. Las Memorias premiadas, si las hubiere, serán propiedad de la Sociedad Española del Radio y sus aplicaciones, que las editará en la forma que estimare oportuna, cediendo á cada uno de sus autores 100 ejemplares de las mismas.

VII. Las Memorias se presentarán en el domicilio social de la Sociedad Española del Radio y sus aplicaciones (Infantas, 19 y 21), con un lema en vez de la firma, acompañadas de un sobre cerrado y lacrado que, conteniendo el nombre, apellidos y domicilio de su autor, lleve en su cubierta el mismo lema del trabajo.

Terminado el plazo de admisión de las Memorias, se fijará el que

empleará el jurado en el estudio de las mismas y en dictar su sentencia.

VIII. Adjudicados los premios y el *accésit* á determinados lemas, se abrirán los sobres correspondientes. En las oficinas de la Sociedad (Infantas, 19 y 21) se anunciará, durante ocho días consecutivos, el lugar, fecha y hora en que el jurado procederá á la apertura pública de los sobres.

Madrid, 1.º de Diciembre de 1908.—El Secretario de la Sociedad, *José J. de Elízaga.*

---

El día 21 de Diciembre dió el Dr. Espina en el Ateneo Científico y Literario su anunciada conferencia sobre el «Espíritu y orientación del Congreso antituberculoso de Zaragoza». El eminente doctor Espina, portaestandarte de la lucha antituberculosa, estuvo inspiradísimo como nunca, siendo su conferencia de las mejores que se le han oído, en opinión de todos los que tuvieron la suerte de escuchar la elocuente palabra del reputado especialista.

Reciba el Dr. Espina nuestra más sincera felicitación, esperando nuevas ocasiones para aplaudirle.

---

Ha fallecido repentinamente, en el momento de operar una hernia en el Hospital Necker, el insigne cirujano P. Berger.

La prensa francesa recoge la noticia, exteriorizando su pesar por la muerte del distinguido profesor de Clínica Quirúrgica de la Escuela de París. Muere á los sesenta y un años, después de haber dedicado todas sus energías á las tareas quirúrgicas, y especialmente á las relacionadas con el tratamiento de las hernias. Descanse en paz el ilustre cirujano.

# SECCIÓN CLÍNICA ORIGINAL

## NOTAS CLÍNICAS

### UN CASO DE QUISTE HIDATÍDICO DEL RIÑON

(MARSUPIALIZACIÓN: CURACIÓN)

POR EL DR. CARLOS NEGRETE
Del Instituto Rubio.

El día 11 de Noviembre del pasado año se presentó en la consulta de enfermedades de Vías urinarias, del Instituto Rubio, la enferma Er ''.a F. M., de cuarenta y cinco años de edad, casada, de buena constitución, que regló por primera vez á los once años, continuando dicha función con toda normalidad. Ha tenido cinco partos sin complicación alguna.

Como datos morbosos referentes á sus padres, podemos consignar que el padre murió á los cincuenta años, á consecuencia de una bronco-pneumonía, y la madre á los cincuenta y uno, de afección hepática. Ha tenido diez hermanos, de los que únicamente vive uno, sin que pueda precisar de qué murieron los otros nueve.

La enferma padeció á los ocho años fiebre tifoidea, paludismo después, y hace tres años hemorragias nasales que, con algunas alternativas de mejoría y empeoramiento, duraron dos años.

*Enfermedad actual.*—Hace próximamente diez y ocho ó veinte meses, y cuando la enferma estaba tranquilamente ocupada en sus quehaceres domésticos, fué acometida de violentísimo dolor en la región renal derecha, con irradiaciones á todo el vientre, que la obligó á echarse en el suelo, y en cuya situación la encontraron los individuos de su familia: pasado este primer momento, cuya causa atribuyeron á un cólico, empezó la enferma á notar micción frecuente, dolorosa, acompañada en dos ocasiones de hematuria de poca intensidad y duración, y posteriormente varios accesos de cólico nefrítico del lado derecho (con todo su cortejo sintomático), seguidos de retención de orina, que cesaba después de grandes esfuerzos y

expulsión de vesículas membranosas de distintos tamaños, desde el de un guisante hasta el de una uva de las más gruesas.

Era natural que la atención de la enferma se fijase en la salida de dichas vesículas como hecho más saliente, y habiéndonos dicho que en su casa conservaba algunas, se las hicimos traer, confirmando, al examinarlas, su carácter de bolsas hidatídicas.

Durante todo ese lapso de tiempo de dos años, han alternado los síntomas antes descritos, con períodos relativamente largos de calma completa. Muchos y diversos tratamientos han empleado, y, sobre todo calmantes, para poner remedio á ese estado, y, como es natural, ninguno dió el resultado apetecido.

Merecen citarse en esta historia dos hechos, que indudablemente tienen importancia para la etiología: 1.°, que el marido de esta enferma es muy cazador, y tiene perros en su domicilio; 2.°, que la paciente tenía preferencia marcadísima hacia el jamón crudo, del cual ha hecho gran consumo.

El aspecto exterior de la enferma es de sufrimiento; delgada, facies terrosa característica, á mi juicio, y sobre la que me permito llamar la atención, para en casos sucesivos ratificarla ó rectificarla. Me explicaré: observando detenidamente, y haciendo diversas preguntas en todos sentidos, yo vi, y la enferma lo había notado hacía ocho ó diez meses, unas manchas que ocupaban toda la frente y ambas mejillas, análogas á las que se observan en muchas mujeres en estado grávido; no era la facies terrosa uniforme de un urémico, de uno que tenga un proceso depauperante, y sobre todo, lo que más me ha llamado la atención es que, á los ocho ó diez días de operada, desaparecieron por completo dichas manchas, sin dejar huella alguna, y tanto más de notar esas manchas, cuanto que la enferma ha tenido antes y tiene actualmente un hermoso color sonrosado.

Insisto en lo citado anteriormente, sin la pretensión, ni mucho menos, de elevarlo á síntoma. Pudiera ser una simple coincidencia; pero merece la pena de consignarse é investigar en otros casos, que en clínica todos los datos son pocos si pretendemos hacer diagnósticos claros, precisos y terminantes; por de contado, que en enfermos de quiste hidatídico que se diagnostican solos, y traen en un frasco las pruebas, no hay que discutir.

Echada la enferma en la mesa de reconocimientos, adoptando el decúbito dorsal, con las piernas en moderada flexión, y colocados nosotros á su derecha, practicamos el tacto bimanual del abdomen: mano izquierda deprimiendo el ángulo costo-vertebral é imprimiendo ligeras sacudidas; mano derecha íntimamente aplicada á la pared, sin deprimirla, para dejar al riñón espacio libre donde moverse. Pocos datos pudimos recoger: riñón grande, movible en su mitad in-

ferior, adherido por el polo superior, liso, sin abolladuras ni rugosidades, ligeramente doloroso á la presión; puntos ureterales superiores é inferiores negativos. Datos recogidos en la exploración del aparato urinario inferior: meato de forma y color normales, uretra normal; sondada la enferma, expulsó de setenta á ochenta gramos de orina un poco turbia; vejiga indolente, capacidad normal.

Ingresada la enferma en el Instituto el día 23 del mes citado, decía yo, al presentarla un jueves en la visita clínica: «Señores, la razón de encontrar ustedes aquí esta enferma es la siguiente (di cuenta de la historia anterior); y al llegar al diagnóstico, añadía: es un caso que, como ustedes ven, no ofrece duda; se ha diagnosticado solo, y como no es factible otro procedimiento que el quirúrgico, la he dado entrada para operarla el primer día hábil.

¿Qué clase de intervención? A priori, no puedo determinarlo fijamente; pero por adelantado diré á ustedes que depende del tamaño y situación del quiste: si todo el riñón es el invadido nefrecomía; si sólo una parte, haré resección, procurando dejar sustancia útil al organismo; si está muy adherido á los órganos, lo marsupializaré.

Hecho el análisis de la orina de veinticuatro horas, he aquí sus resultados:

| | | |
|---|---|---|
| Cantidad | 1.200 gramos. | |
| Aspecto | Turbio. | |
| Depósito | Abundante. | |
| Reacción | Alcalina. | |
| Fosfatos | 1,90 gramos. | por litro. |
| Cloruros | 6,80 » | |
| Urea | 20 » | |

No tiene albúmina.

*Análisis microscópico del sedimento.*—Constituído por zoogleas de bacterias banales y cristales de fosfato amínico-magnésico. Queda demostrada la casi normal depuración urinaria de la enferma.»

Previo baño general, purgante, etc., fué trasladada á la sala de operaciones el día 27 de Noviembre.

*Anestesia clorofórmica.*—Incisión clásica costo-lumbar; incisión de la cápsula grasosa, que sostuvimos con pinzas; introduje los dedos, con objeto de denudar toda la superficie del riñón y hacerlo más asequible á la vista. Fácil fué esta maniobra en los tres cuartos inferiores del riñón; no así en el polo superior, todo él ocupado por un quiste del tamaño próximamente de una naranja de mediano tamaño; no pudiendo contornear bien con los dedos esta parte del órgano, incindí el quiste, dando salida á bastante cantidad de líquido turbio y numerosas vesículas, degeneradas en su mayor parte.

(Mientras esto hacía, pensaba si me sería posible extirpar una cuña de riñón y con ella el quiste, suturando luego el órgano que estaba completamente sano, aunque algo hipertrofiado, y pensaba en esto, señores, porque era, á no dudarlo, el ideal quirúrgico, cirugía conservadora y extirpación de todo lo enfermo; pero por lo mismo que era ideal, no pude conseguirlo.)

Toda la pared superior del quiste estaba tan íntima y fuertemente adherida á la cápsula renal y diafragma, que hubiese sido inexcusable imprudencia el pretender separarla; abrí ampliamente la bolsa, lavé con disolución de formol, marsupialicé, rellené de gasa y puse el apósito conveniente.

Nada de particular ha ocurrido después; la bolsa ha ido poco á poco cerrándose, tanto que hoy (últimos de Enero) tan sólo permite la entrada de una tira de gasa de 8 á 10 centímetros, encontrándose la enferma en floreciente estado.

A petición suya, y no viendo ningún inconveniente en ello, fué dada de alta el 19 de Diciembre.

## LIGERAS CONSIDERACIONES ACERCA DE LOS QUISTES HIDATÍDICOS DEL RIÑÓN

Los países clásicos del quiste hidatídico son, por orden de frecuencia, Islandia, Australia y la República Argentina. Un informe, hace pocos años presentado, acerca de los mataderos de Buenos Aires, dice que la frecuencia de los equinococos en los animales es de 40 por 100 para las reses vacunas y el 60 por 100 para las de cerda. En el centro de Europa, los países más castigados, sobre todo de quistes alveolares, son Suiza, Baviera, Wurtemberg y Mecklemburgo; en nuestro país se padecen con bastante frecuencia, siendo los de hígado los más numerosos.

En el Instituto Rubio, desde el año 1897 á la fecha, y en un total de más de cuatro mil enfermos venidos al Dispensario de Urología, sólo dos casos hemos observado: uno el actual, y otro que hizo precisa la nefrectomía, ambos del riñón derecho.

Como vemos, pues, en el riñón son raros los quistes hidatídicos, ocupando justamente el tercer lugar que le asignan todos los autores, ó sea: hígado, pulmón, riñón.

La causa de todos es conocida: la absorción de huevos de la tenia equinococus, que adquiere su completo desarrollo (4 milímetros de longitud) en el intestino del perro; es un platodo, formado de tres segmentos y de una cabeza armada de doble fila de fuertes ganchos y cuatro ventosas; el último segmento, con ovario y orificio genital lateral, contiene miles de embriones que, expulsados por las deyec-

ciones del perro, y en libertad los huevos, quedan sobre las legumbres, los pastos, pudiendo ser tragados, ya por el hombre, ya por los animales herbívoros.

En el estómago del hombre los huevos se despojan de su cáscara, y enfilando los embriones los vasos sanguíneos del intestino, pasan á la vena porta y al hígado. Los linfáticos del mesenterio los conducen al peritoneo, y los que aquí no se detienen continúan por el conducto torácico, vena yugular, corazón derecho y pulmón, y de aquí, siguiendo la circulación mayor, llegan al riñón.

Dice muy bien Bœckel: «El camino que tienen que recorrer los equinococos para llegar al riñón es muy largo; lo probable es que se detengan en el camino; esta es la explicación que me parece más racional para explicar la rareza de los quistes hidatídicos del riñón.»

Respecto á síntomas, marcha, complicaciones y diagnóstico, dos palabras: el desenvolvimiento lento de estos quistes, la integridad relativa del riñón, la compensación funcional del opuesto, explican por qué pasan desapercibidos mucho tiempo y evolucionan lentamente; en los intervalos de calma se creen los enfermos completamente curados; su estado general es bueno, y si en este período se analiza la orina, se la encuentra normal. Los síntomas funcionales se caracterizan por paroxismos de dolor con irradiaciones á todo el vientre, accesos de cólicos nefríticos, micción frecuente, dolorosa, interrumpida momentáneamente para terminar con la expulsión de vesículas. Los signos físicos dependientes de la presencia del quiste no tienen, realmente, la importancia ni el valor que generalmente les asignan los autores; la macidez á la percusión, el temblor hidatídico (rara vez percibido en estos casos) y los síntomas de compresión, son fácilmente confundibles con cualquiera otra tumoración renal.

Las complicaciones más frecuentes de los quistes hidatídicos son:

1.ª Volumen excesivo de la bolsa.

2.ª Ruptura.
- En la pelvis renal.
- En tubo digestivo.
- En piel.
- En aparato respiratorio.
- En peritoneo.....
  - Peritonitis.
  - Fenómenos de intoxicación.
  - Neoformación de quistes.

3.ª Infección.

El punto principal del dignóstico es el siguiente: convencidos de la existencia de una tumoración renal, ¿es un quiste hidatídico? No

he de entrar en el estudio del diagnóstico diferencial; sólo diré que los quistes hidatídicos pueden confundirse con los neoplasmas, tuberculosis, riñón poliquístico, ectopia renal con hidronefrosis, etc.

TRATAMIENTO

| | |
|---|---|
| Período médico-quirúrgico..... | Electrolisis.<br>Punción simple.<br>Idem seguida de inyección yodada. |
| Período quirúrgico pre-antiséptico.. | Cáusticos.<br>Doble punción. |
| Período moderno.. | Extirpación de la membrana germinativa y capitonnage de la bolsa (operación de Delbet).<br>Resección completa de la bolsa.<br>Idem parcial de riñón.<br>Nefrostomía con marsupialización.<br>Nefrectomía. |

Claro es que, á título de curiosidad, menciono los procedimientos de los dos primeros períodos.

Los dos métodos más usados y de mejores resultados son la abertura amplia del quiste por vía lumbar y drenaje consecutivo, y excepcionalmente la nefrectomía cuando todo el riñón está invadido.

---

## OPERACIÓN CESÁREA, SEGUIDA DE HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL

(CURACIÓN)

POR EL DR. D. EMILIO HURTADO
De León.

F. B., natural y vecina de C. de los O., aldea de la provincia de León, es una joven que tiene veintidós años de edad, cloroanémica y muy delgada; como dicha joven es soltera, señalo con cifras su nombre y el del pueblo de su residencia.

El día 20 de Octubre último ingresó en la Sección de Cirugía del Hospital de San Antonio Abad, en esta capital de provincia; é interrogada, resulta que tuvo su primer menstruo á los trece años de edad; y dedicada á las labores de su paterna casa de labranza, por espacio de siete años ejerció con regularidad y sin molestias esa fisiológica función, que en cada período duraba de tres á cuatro días, siendo siempre de buen aspecto el material fluido.

Al cabo de esos siete años de perfecta salud, ó sea á los veinte de edad de la joven, ésta notó que su vientre aumentaba de volu-

men, al mismo tiempo que en él la molestaba una extraña sensación de peso.

Continuando en tal estado cinco ó seis meses más, conoció que sus menstruaciones se adelantaban seis días en cada período, y duraban ocho, en lugar de los cuatro que, cuando más, habían durado hasta llegar á aquella época; por todo lo cual, se resolvió á consultar con el médico de su pueblo, quien la aconsejó viniera á mi consulta; sin que entonces, ó sea en Abril de 1907, pudiera yo recibirla por hallarme ausente de León.

Pero el vientre de esta joven siguió su aumento de volumen; no volvió á tener menstruación desde el último Marzo; y cuatro meses después, en Junio anterior, llegó á observar que la zona inferior de su vientre no aumentaba ya su extraño volumen en igual grado que la zona superior.

Manifestando estos personales datos, ingresó en este Hospital de León el día 20 de Octubre último, donde, por inspección observé que el vientre tenía un volumen exagerado, y más acentuado en la mitad superior y derecha que en la inferior y central. La coloración de la piel también era desigual, por cuanto desde el ombligo hasta el pubis se extendía una línea bastante más oscura ó morena que el color que tenía el resto de la piel.

La palpación comprobaba que aquel excesivo volumen del vientre era causado por la presencia de un tumor intracavitario, bilobulado, algo movible y de consistencia variada: por cuanto el lóbulo superior y derecho se apreciaba duro y resistente, y partiendo de tres á cuatro centímetros por encima del ombligo, se extendía hasta la bóveda del diafragma; en tanto que el lóbulo inferior y central era blando, por más que tenía algunos puntos duros y movibles, y su extremo inferior se perdía en la excavación pelviana.

Ejerciendo algunas fricciones sobre ese lóbulo inferior, indudablemente se contraía y endurecía debajo de la mano actora, y se relajaba y reblandecía al cesar dicho masaje.

Mas, colocada la paciente en posición ginecológica, se notaba que la vulva y la vagina tenían coloración violácea, y por el tacto vaginal se conocía que el cuello del útero estaba reblandecido, y que tenía dilatado su orificio externo. Así también los movimientos que, con la mano colocada sobre el vientre, se imprimían á los dos lóbulos de la tumoración, respondían en el dedo de la otra mano, que estaba apoyado en el cuello uterino.

La auscultación abdominal permitía apreciar, en el lado derecho del lóbulo inferior, ruidos semejantes á los que produce un corazón fetal, y soplos que se oían en varios puntos del mismo lóbulo.

También los órganos mamarios manifestaban hallarse en especiales condiciones, por cuanto estaban abultados, surcados por azulinas y gruesas venas y sensibles en notable grado. Los pezones se hallaban bastante pronunciados y turgentes en medio de sus oscurecidas aréolas. Cuando se comprimían estos órganos mamarios, por los pezones dejaban salir gotas de un líquido que tenía aspecto seroso.

Ahora bien; al considerar el positivo valor que tiene cada uno de los datos recogidos en esta historia, en la que se ve que, después de una constante y perfecta salud de la jóven, al cabo de siete años que llevaba teniendo normales menstruaciones, sin causa conocida y de un modo insidioso, pero continuo, se presentó un extraño abultamiento de la región inferior del vientre, que coincidía con las primeras alteraciones de la salud de la paciente; que ésta notaba extraña pesadez y molestias en el abdomen, que los períodos menstruales se habían hecho más frecuentes y más duraderos; que poco tiempo después se apreciaba la extensión, la dureza y la lobulada forma de un tumor intracavitario, que tiene gran conexión con la matriz, establecí la consecuencia de que la referida joven, desde dos años antes de su ingreso en el Hospital, padece un fibromioma del fondo del útero.

Pero, cuando por el interrogatorio conocí que, después de año y medio de existencia del padecimiento, el escenario había cambiado sus decoraciones; y al efecto, desde ocho meses antes de su ingreso en el Hospital, los períodos menstruales habían cesado, coincidiendo esta amenorrea con un mayor y rápido crecimiento del volumen del vientre, y con el ascendente movimiento del tumor, que hasta entonces habia ocupado el hipogastrio; y cuando los demás medios exploratorios me demostraban que la tumoración abdominal se había hecho bilobulada; que el lóbulo inferior era blando, al mismo tiempo que en su interior tenía zonas duras y movibles, y cuyo lóbulo se contraía y endurecía por la impresión de una mano colocada sobre el abdomen; que el cuello uterino se mostraba blando, con dilatación del conducto cervical; y, principalmente, que en la zona de ese lóbulo se apreciaban soplos y ruidos cardíacos, y que los órganos mamarios también se asociaban á esas manifestaciones del estado gestativo, mi pensamiento quedó plenamente convencido de que la joven F. B. padecía un fibromioma del fondo del útero, complicado con embarazo, que tenía de siete á ocho meses de duración.

Conviene, no obstante, recordar que la enferma es soltera, y por esta circunstancia, á su ingreso en el Hospital, negaba la posibilidad de la segunda parte de este diagnóstico; pero, ¿acaso su confesión,

disculpable y natural en este asunto, ó su palabra interesada en ocultar una mancha que era inocultable, habían de tener para mí más valor y eficacia que los fenómenos y signos que por todos los medios de exploración había plenamente comprobado?

Ante la seguridad de ese embarazo, que se acercaba al término de la gestación, era imposible transigir con los deseos de la paciente, que solicitaba la intervención quirúrgica del tumor, y no había más remedio que esperar al término del embarazo, aunque estando siempre con vigilancia de lo que pudiera ocurrir por el excepcional estado del útero.

Pero á los diez días de su ingreso en el Hospital, sobrevino de pronto una hemorragia intensa que produjo lipotimia, y que repitió al día siguiente; tan copiosas fueron las hemorragias y tan alarmante llegó á ser su estado, que, convencido yo de que la enferma no podía llegar al ordinario término de la gestación, y de que por el abatimiento de sus fuerzas hasta era probable no pudiera resistir la operación que por momentos se imponía, aun con riesgo de verla morir en el acto operatorio, me decidí á practicarla inmediatamente, con el objeto de salvar, si podía, la vida de aquella joven y casi agonizante madre, y la de aquella criatura que habitaba en sus entrañas.

***

El día 1.° del anterior Noviembre, previos todos los necesarios requisitos, y preparada la enferma como para toda laparotomía, efectué la operación siguiente:

Abierto el vientre desde el apéndice xifoides hasta el pubis, incindí la línea media del útero en diez centímetros de extensión; con el dedo índice izquierdo perforé las membranas y con la mano derecha extraje un bien desarrollado y vivo feto, que en seguida aislé de la madre y confié á un ayudante.

Dejando la placenta dentro del útero, cerré la cavidad de este órgano con cuatro puntos de sutura, y acto seguido practiqué su extirpación total, según el método de Doyen, cuyo método es insustituible, como mi querido maestro y muy eminente ginecólogo, el doctor D. Eugenio Gutiérrez, dice en el núm. 7.° del tomo IV de la Revista Ibero-Americana, al hablar del tratamiento de los fibromas uterinos, por ser el método que más economiza tiempo y sangre.

Inmediatamente reconstituí el suelo pelviano, por medio de una sutura continua hecha con seda, y di fin á la operación cerrando el vientre con la sutura de Jonnesco y uniendo con agrafes los bordes de la piel.

***

El curso que esta enferma siguió después de la operación fué inmejorable.

Ni un solo día tuvo fiebre. Al cuarto día después de la operación la enferma se purgó y alimentó. Al sexto se le quitaron los agrafes; á los doce la sutura metálica, y á los veinte la di alta por su total curación.

El feto, que se conserva en este Hospital, y es del sexo masculino, no sólo tiene todos los caracteres propios de una criatura de ocho meses de vida intrauterina, sino que está tan robusto y desarrollado como pudiera estar el hijo de cualquiera madre que nunca haya tenido un tumor semejante al que ésta tuvo. Este feto vivió diez horas fuera del claustro materno.

El tumor era un fibromioma intersticial del útero, que, en unión de éste órgano también, se conserva en este Hospital, y pesa siete kilogramos.

---

## SARCOMA GIGANTE DEL TESTÍCULO IZQUIERDO EN UN NIÑO DE SEIS AÑOS

POR EL DR. PABLO LOZANO

Del Instituto Rubio.

Recomendado por nuestro querido amigo el Dr. Yagüe, del Instituto Rubio, se presentó en el dispensario de cirugía infantil, acompañado de su padre, el enfermito V. S., de seis años y siete meses de edad, procedente de Ballesteros de Calatrava, provincia de Ciudad Real.

Nos llamó desde luego la atención lo anómalo de la progresión del pequeño enfermo, que separaba sus piernas al andar, no porque á esta posición le obligara deformidad ó lesión alguna en ellas ni sensación de dolor que su aspecto tranquilo no acusaba, sino porque un obstáculo considerable se oponía á su normal aproximación.

Preguntamos al padre qué padecimiento tenía el niño que le acompañaba, y nos contestó que un *bulto en sus partes*, al mismo tiempo que comenzaba á desnudar al enfermito para enseñárnosle.

Una vez bajados el pantalón y calzoncillo, vimos una bolsa de lienzo que, á modo de suspensorio, contenía los órganos genitales. Desatada esta bolsa, apareció una tumuración inmensa, en cuya parte superior y anterior se distinguía, con cierta dificultad, el pene, que formaba un pequeño repliegue, no central, sino un poco inclinado al lado derecho; surcando este tumor, y en sentido vertical,

se percibía el relieve formado por gruesas venas que transparentaban el color azulado obscuro de la sangre que contenían.

En el lado izquierdo de la cara anterior del tumor, y en su parte superior, se veía un parche de diaquilón, del tamaño de una pieza de 10 céntimos, y rodeándole se notaba una coloración rojo-obscura, como cuando amenaza una mortificación de la piel.

Tendido el niño sobre la mesa de reconocimientos, procedimos á la palpación de tamaño tumor, encontrándonos con que era indolente, de consistencia pastosa y renitente en algunos puntos, pesado, no transparente, caracteres que desde luego nos hicieron desechar la idea de que pudiera ser un hidrocele ó una hernia. La simple

Fig. 1.ª

inspección del tumor hacía pensar en su naturaleza sólida, puesto que las grandes venas que surcaban su superficie ponían de manifiesto un riego sanguíneo abundante é impropio de una colección líquida; para que no quedara duda alguna en este sentido, el padre nos manifestó que el parche que veíamos pegado en el tumor ocultaba una punción que le hicieron, por la que sólo salió un poco de sangre, y la cual, no habiendo cicatrizado, daba lugar á que alguna que otra vez sangrara con relativa abundancia. En la parte su-

perior y derecha, buscando con mucha atención, pudimos encontrar el testículo derecho, de tamaño y consistencia normales.

Nos enteramos de que sin haber sufrido golpe alguno de que el niño se diera cuenta, y sin acusar el menor dolor, apreció su madre, en el mes de Marzo último, unos nueve meses antes de la fecha en que nosotros le examinábamos, un tumorcito del tamaño de una nuez, que correspondía al testículo izquierdo; avisado el médico de la localidad, así lo confirmó, pero no dió gran importancia al hecho, y recetó fomentos de agua blanca.

Siguió creciendo el tumor, y, alarmados los padres, llevaron al niño á Ciudad Real, donde le vieron varios compañeros, y en donde alguno, sin duda para adquirir mayor certeza de su naturaleza sólida, le hizo una punción capilar, por la que tan sólo salió sangre.

Nosotros medimos la circunferencia del tumor, que dió 35 centímetros, y su longitud, que ascendía á 25 centímetros.

Contrastaba esta enorme tumoración con el buen aspecto general del niño: á su cara simpática y cabellos rubios tirando á rojos, se unía una coloración sonrosada en las mejillas, una mirada viva y animada, que á todas luces indicaba la ausencia de dolores en su organismo, ni aun en los momentos del reconocimiento prolijo que le hicimos; su apetito era excelente; sus funciones digestivas y respiratorias se realizaban con regularidad perfecta, y reconocido su cuerpo en todas sus partes, no pudimos apreciar ni ganglios ni ninguna señal de que la grave enfermedad que padecía hubiera repercutido en algún otro órgano ó región distintas de la que le sirviera de punto de partida.

No pudimos recoger otro dato anamnésico que el de un sarampión que pasara el niño á los tres años de edad. Sus padres están sanos; sus abuelos viven todos, y disfrutan buena salud; el materno sufrió de joven un hidrocele, que puncionaron, y curó. Ha tenido siete hermanos; cinco viven sanos y otros dos murieron, el uno á los veintidós días de nacer y el otro á los catorce meses.

En vista de todos los datos recogidos, formulamos el diagnóstico de sarcoma del testículo izquierdo. Ante este diagnóstico, á juzgar por lo que todos los autores dicen, el pronóstico no podía ser más funesto, y, por tanto, los beneficios de una operación habían de ser nulos. Así lo estimamos nosotros con verdadera pena, porque pena grande sentimos al ver tan simpática criatura condenada en plazo cercano á un fin fatal.

No obstante de que á nosotros nos arredran las intervenciones en cancerosos avanzados, porque estamos convencidos de que más dañan que aprovechan comúnmente á los desgraciados que las sufren, aconsejamos al padre que sometiera al su hijo á una operación. Y es

que, aun cuando el éxito de ésta fuera, más que dudoso, resueltamente negativo si se quiere, no sólo podía considerarse como única áncora de salvación, sino que al operar suprimíamos aquella monstruosa tumoración que crecía sin tino, amenazaba ulcerarse, y, al hacerlo, había no sólo de precipitar la muerte de tan inocente criatura, sino que acibararía con sufrimientos acerbos los contados días de su existencia.

Esta, en síntesis, fué nuestra opinión, que expusimos con la mayor claridad al padre del enfermito, el que, conformándose con ella, decidió que su hijo ingresara en el Instituto al día siguiente de celebrar esta consulta.

Todos nuestros dignos é ilustrados compañeros del Instituto Rubio vieron el próximo jueves al enfermo, y todos aceptaron nuestro criterio. El día antes de llevar á cabo la operación hablé del caso en la Sociedad Médico Quirúrgica, en donde presenté la fotografía que acompaña á esta historia clínica, y el martes 19 de Enero procedí á la extirpación del tumor.

No olvidaré fácilmente la mansedumbre con que el pobre niño se dejó llevar á la sala de operaciones, desnudar, subir á la mesa y proceder á la desinfección; lo único que pedía, con acento conmovedor, es que llamaran á su padre; él quería porfiadamente que le asistiera su padre en el trance que temía, y con la grata esperanza de que vería realizado su deseo, se quedó dormido á las primeras inhalaciones de cloroformo.

Hicimos primero una incisión longitudinal en la piel, en la región del conducto inguinal y en dirección de éste; seccionamos la aponeurosis del oblicuo externo, que forma la pared anterior de aquél; aislamos todo el cordón espermático, considerablemente aumentado de volumen por los grandes vasos que contenía; aplicamos una pinza longueta, que comprendía y obturaba todos ellos, y después el extremo inferior de la primera incisión nos sirvió de punto de partida para hacer otra, en forma de raqueta, con la que comprendimos un gran colgajo escrotal, y de este modo, á la vez que extirpábamos toda la piel degenerada, abríamos ancho campo para proceder á la enucleación del tumor, que llevamos á cabo con muy poca pérdida de sangre. Tuvimos gran cuidado de respetar la uretra y el otro teste; mondamos de todo núcleo sospechoso la porción pequeña de escroto que dejamos; seccionamos el cordón por debajo de la pinza colocada en él; aislamos éste en todo el trayecto del conducto inguinal, y no apreciando nódulo ninguno sospechoso, avanzamos dentro de la cavidad del vientre en su persecución, limitándonos á atravesar el cordón espermático con una aguja de Deschamps que conducía un grueso catgut; atamos fuertemente éste; seccionamos el cordón por

debajo de la ligadura; hicimos ligaduras parciales de los vasos más gruesos con otro catgut delgado, y suturamos, por último, la piel, dejando un drenado con gasa.

A las cuarenta y ocho horas quitamos el drenado, que no repusimos por considerarle innecesario, y sin temperatura y sin accidente alguno, se ha obtenido una cicatrización completa de la herida, á pesar de que el enfermito, orinándose por la noche, manchaba el vendaje, que hemos tenido que reponer por este motivo diariamente.

El 11 de Febrero, esto es, á los veintitrés días de operado, dimos de alta al niño, ofreciendo éste, no sólo una cicatrización completa de la herida, como puede verse en el segundo fotograbado que acompaña á esta historia, sino un estado general altamente satisfactorio.

FIG. 2.ª

Al despedirse de nosotros el padre, le pedimos encarecidamente nos diera noticias del enfermo con frecuencia, para estar al tanto de lo que pudiera ocurrir.

¿Se reproducirá la lesión? ¿En qué órgano se manifestará en caso de hacerlo? Esto nos preocupa, á la vez que nos interesa conocer; y cualesquiera que sean las noticias que tengamos, las comunicaremos

á nuestros lectores, á quienes suponemos ha de interesar igualmente el desenlace de esta historia clínica.

Mientras este momento llega, digamos algo pertinente á lo que la patología consigna acerca de esta clase de tumoraciones. En primer lugar, conviene dejar sentado que el examen histológico hecho por el Dr. Moreno Melgar, del Instituto, dice lo siguiente:

«El tumor analizado está constituído por células redondas con uno ó varios núcleos que recuerdan el tipo del tejido embrionario. Entre dichas células existe una pequeña cantidad de sustancia granulosa y gran número de vasos capilares con las paredes muy engrosadas.

»Se puede, por lo tanto, considerar dicho tumor como un sarcoma globo-celular ó encefaloide.»

Respecto á esta clase de sarcómas de células redondas, todos sabemos que clínicamente son tumores blandos, de rápido crecimiento y de una extrema malignidad.

En cuanto á la localización en el testículo, debemos consignar que, según Monod, en una estadística que comprende 184 casos de cáncer en el niño, 70 corresponden al ojo, 45 al riñón y 11 al testículo, siguiendo después, en orden de frecuencia, los localizados en los huesos, lengua, encéfalo, dura madre, pulmones, pleura é hígado.

Aun cuando la herencia y las contusiones son para muchos autores causas dignas de mencionarse en el desarrollo del cáncer del testículo en el niño, en el presente caso, ninguno de estos factores etiológicos puede admitirse formalmente; y respeto á la contusión, nosotros creemos que acaso su único influjo está limitado á hacer ostensibles las primeras manifestaciones insidiosas del tumor, ó en todo caso á acelerar su evolución y crecimiento.

La marcha invasora del sarcoma del testículo en el niño hállase gráficamente representada en la evolución que ha seguido en el caso que reseñamos; han bastado nueve meses para que adquiriera un desarrollo extraordinario, como lo demuestran los adjuntos fotograbados, las medidas que en otro sitio señalamos y el peso del tumor, que ascendía á 870 gramos.

Respecto á malignidad, nos limitamos á repetir el juicio de todos los autores, que puede expresarse en las siguientes líneas, que copiamos de J. Arrou:

«El cáncer del testículo, en el niño, es como el del riñón; no debe tocarse si se está cierto del diagnóstico. La castración es ilusoria. Si se practica, será únicamente para complacer á los padres del pequeño enfermo.»

Es verdad que nosotros no nos hemos ajustado á este criterio; la razón fácilmente se alcanzará á nuestros lectores, y ya la hemos

dejado apuntada en anteriores líneas. Una tumoración de las dimensiones que tenía este sarcoma del testículo, y además colocada en una región que tan difíciles hacía los libres movimientos del pobre niño que la sufría, debía extirparse, no sólo por complacer á los padres, sino para aliviar la suerte de este desgraciado, ya que las esperanzas de salvarle de la muerte fueran tan lejanas é inciertas.

La operación está hecha; el niño ha marchado á su pueblo, contento de verse libre de su tumor; su estado general no podía ser más satisfactorio. Con el tiempo sabremos cuál ha sido su suerte.

---

## LIGERAS CONSIDERACIONES SOBRE CIERTAS LESIONES ATÓNICAS DE LA CÓRNEA Y DE SU TRATAMIENTO

POR EL DR. GALO LEOZ ORTÍN
Del Instituto Rubio.

Entre las enfermedades de la córnea, pudiéramos citar como tipos de evolución crónica la queratitis vascular y la queratitis parenquimatosa; pero no es mi intención describir estos procesos, ya perfectamente estudiados, sino exponer ligeramente como la índole de un artículo requiere, y apoyado en observaciones propias, las particularidades que algunas veces ofrecen las queratitis ulcerosa y pustulosa, y cuál debe ser el tratamiento para activar rápidamente la evolución de unas lesiones que deben terminar por la curación.

La úlcera asténica de la córnea (enfermedad perfectamente estudiada), se observa con frecuencia relativa en las consultas gratuitas, adonde es lo general que acuda la gente más pobre y abandonada de la sociedad. Ningún proceso corneano de carácter ulceroso ofrece menos síntomas objetivos, y si no fuese por los dolores que determina, sobre todo cuando es periférica, suele desarrollarse de una manera tan poco manifiesta, que su característica es la de carecer de todo fenómeno flojístico y aun de infiltración peri-ulcerosa, pues la córnea permanece sana y transparente junto á la misma úlcera de bordes cortados á pico y que por excepción se vasculariza.

Pero dentro de esta calma y de esta benignidad aparente, tenemos el peligro de trastornos posteriores mucho más hondos, de complicaciones que pueden *dar al traste* con la integridad de la función visual y del resto del ojo. Estas úlceras asténicas tienen una marcha extraordinariamente lenta, pudiendo durar hasta varios meses (tiempo enormemente largo para procesos corneanos de esta naturaleza), y, á pesar de los lavados asépticos y antisépticos, de los calomelanos y pomadas de xeroformo y óxido amarillo, á pesar de los midriáticos y mióticos y del azul de metileno y, sobre todo,

de la paracentesis y cauterización ígnea y de la oclusión, acaban por desgastar el espesor corneano y romper la membrana de Descement, dando lugar de este modo á enclavamientos ó hernias del iris, que agravan notablemente la cuestión, sin ser precisa garantía de que se termine defininitivamente el proceso ulceroso.

Aparte de esta enfermedad, que podemos considerar como entidad patológica de la córnea, y cuya evolución, complicaciones y tratamiento pueden hacerse comunes á las demás que aquí citaré, para evitar repeticiones pesadas, existen otros estados de análoga etiología y de casi idénticas manifestaciones, de persistencia desesperante y de mayor frecuencia, que han ocupado muchas veces mi atención y acerca de los cuales se ha dicho muy poco ó casi nada, sobre todo en lo que atañe á su tratamiento.

Se presenta, por ejemplo, en la consulta un enfermo con úlcera esténica de la córnea, acompañada de gran fotofobia y lagrimeo, con dolores vivísimos, gran inyección conjuntival y vascularización querática, con excavación totalmente infiltrada y de fondo grisáceo, etc., fenómenos flojísticos propios todos de su carácter de agudeza, y que por lo mismo hacen sospechar en una evolución rápida, cuando efectivamente, al cabo de una ó dos semanas, poco más ó menos, todo se ha atenuado, la curacion total se aproxima, y parece que ha de ser definitiva dos ó tres días más tarde. Pero aquí está el caso: el enfermo, muy mejorado, ya puede mirar con aquel ojo; la luz le molesta mucho menos, el lagrimeo es mucho menor, los dolores casi han desaparecido, y los síntomas objetivos son poco menos que nulos; pero en ese estado continúa días y más días, sin acabar de ponerse bien; el polvo, el aire, la luz intensa, la mirada sostenida, etc., le molestan mucho más que de ordinario, y entre estas molestias y algunas fugaces exacerbaciones, se sostiene un estado crónico que parece que nunca va á terminar. En apariencia nada hay en la córnea; pero si la examinamos con cuidado, con buena iluminación y una lente convergente, veremos que en el lugar de la úlcera queda una excavación cónica de base superficial, y cuyo vértice se tiñe por el azul de metileno ó la fluoresceína en una extensión pequeñísima, tal vez como un punto, pero ulcerada aún.

Algo parecido en un principio, é identico al fin, ocurre con algunos abscesos corneanos. Cuando el absceso no ocasiona destrucciones irreparables de la córnea, cuando todo camina satisfactoriamente, se extinguen poco á poco los síntomas que fueron muy agudos al principio; la iritis desaparece, el hipopión se reabsorbe visiblemente, la úlcera corrosiva ó serpiginosa cicatriza, dejando en su lugar un leucoma más ó menos indeleble, y poco después todo parece haber desaparecido, pero nada más, pues queda constituído un

estado análogo al del caso anterior: excavación ulcerada en su vértice y algo de hipopión, todo insignificante, pero proceso vivo al fin y rebelde por demás.

También en la queratitis pustulosa suelen darse, en lo que con este asunto se relaciona, los dos siguientes casos: Aparecen una ó varias pústulas en la córnea con todo su cortejo de síntomas, que no describo porque no ha lugar, se rompe de los tres á los seis días, se constituye de este modo la úlcera profunda ó superficial, y si no hay supuración ó formación de absceso corneano se cura en diez ó quince días y queda en su lugar una pequeña eminencia, más ó menos roja, á la cual ó á las cuales, si las pústulas fueran varias, sólo acude un vasito sanguíneo apenas perceptible, resto de la abundante vascularización anterior. Poco á poco todo se atenúa, el vasito sanguíneo desaparece, y se aclara la córnea; pero la eminencia rosáceo-amarillenta ó gris, *que en nada se parece á un leucoma*, allí queda con carácter crónico, y acompañada de algo de lagrimeo y fotofobia con un poco de escozor.

Puede ocurrir también, y aun es más frecuente este segundo caso: con síntomas mucho menos intensos que en el anterior, aparece en la córnea, y preferentemente en su centro, una pústula casi siempre única (invariablemente uni ó bilateral), que puede ó no vascularizarse, y que no es muy prominente, la cual, sin llegar á romperse, empieza á regresar al compás de los síntomas, perdiendo su coloración rosácea y reduciéndose á una eminencia ó casi mancha, amarillenta ó gris, con insignificante lagrimeo y fotofobia y con algo de escozor, que persisten por demás. Vemos, pues, que en este estado se diferencia muy poco del caso anterior y que pudiera tomarse por el último período de una pústula que se hubiera ulcerado.

Todos estos estados patológicos, diferentes algunos por su inmediata etiología, tienen en clínica una semejanza tal, que en su último período pueden muy bien reducirse á uno solo, y buena prueba de ello es que la terapéutica, salvo algunas modificaciones individuales ó de oportunidad, es para todos la misma.

Para tratar estas lesiones atónicas de la córnea, para darles vitalidad, no disponemos en realidad más que de la pomada de óxido amarillo y de los calomelanos; y cuando éstos fracasan, como ocurre con frecuencia, sólo empleamos (no todos) la paracentesis y cauterización ígnea, que últimamente suelen resolver la cuestión, cuando ya estamos desesperados enfermo y médico. Al llegar aquí, cabe decir: pues empezando por hacer en un principio lo que dejamos para lo último, estaría resuelto el problema... Nada de eso; en estos procesos corneanos tan insignificantes, cuya mayor importancia estriba principalmente en sus complicaciones, no hay nada que autorice á

una intervención (que podrá ser en miniatura, pero quirúrgica al fin), sólo por el hecho de que se sospecha de una evolución más ó menos lenta. La paracentesis ígnea á través de la misma excavación ulcerada, única que en mi concepto tiene eficacia, es de rigor que sólo se emplee cuando el proceso se hace demasiado largo, cuando ya nos convencemos de que la cosa no puede tener otra solución, pues debemos tener en cuenta la contingencia posible de una ulceración mayor y de un leucoma más grande, y no vale despreciar el espanto que produce en el paciente toda operación manual, tanto más, cuando advierte ante sus ojos un cuerpo incandescente, ya sea el asa galvánica ó el punzón del termocauterio. Pero, además, en cuanto á los casos de pústulas corneanas que dejo expuestos, difícilmente estará indicada la cauterización y menos la paracentesis; y sobre todo, en aquellos casos en que la pústula no llega á ulcerarse, tal proceder no tendría razón ninguna, pues siendo susceptible de desaparecer espontáneamente ó por otros medios no cruentos sin dejar mancha ninguna corneana, la cauterización no tendría más resultado que el disparatado de haber producido un leucoma artificial, con detrimento siempre de la visión y de la estética.

La lentitud en la evolución de todas estas lesiones no depende, por regla general, sino de la atonía de la vida individual y del tejido corneano. La úlcera asténica se presenta casi siempre en viejos depauperados; las demás enfermedades recaen indistintamente en viejos ó adultos de constitución miserable, y la queratitis pustulosa, sin dejar de presentarse en todas las edades, es casi un patrimonio; en la primera y segunda infancia, de los niños raquíticos y linfáticos. Y por último, si nos detenemos en averiguar antecedentes hereditarios y patológicos, sacaremos la consecuencia casi única de que todo depende del escrofulismo y de la sífilis.

Lo primero que importa, pues, es corregir esa atonía general y activar de algún modo la vitalidad corneana. La primera indicación la llenamos siempre instituyendo el tratamiento general más indicado, tónico y específico á la vez; pero como los efectos visibles de esta medicación no suelen serlo sino á plazo muy largo, nos apremia siempre más la segunda indicación, la de activar la vitalidad corneana en cuyo papel fracasan muchas veces los tópicos más valiosos.

En mi consulta pública de la Real Policlínica de socorro, adonde acuden cada día unos cuarenta enfermos, he visto en el espacio de cinco años una gran variedad de estos casos todos idénticos en el fondo, y cuando me di cabal cuenta de estas particularidades, pensé que de la misma manera que puede apresurarse la evolución total de una queratitis parenquimatosa, enfermedad casi crónica desde un

principio, pues no suele durar menos de cuatro á seis meses, podíamos estimular la evolución final de estos estados crónicos, puesto que unos y otros se deben á las mismas causas. Había que hacer ensayos con las duchas de vapor, y efectivamente, en cuantas ocasiones creí oportuno llenar esta indicación, el éxito fué rápido y completo, reduciéndose á unos pocos días lo que tenía carácter de hacerse interminable. Pero como sería monótona y sin objeto la exposición de todos los casos que pudiera citar en apoyo de esta afirmación, me limitaré á reseñar muy á la ligera, aquellos más notables y de los cuales conocen algunos compañeros.

Una personalidad académica de esta capital, que desde muchos años viene padeciendo de los ojos, me llamó en cierta ocasión para que me constituyese en su oculista y le curase, á ser posible. Padecía queratitis vascular en el ojo izquierdo, y en el derecho, donde la córnea estaba transparente, una úlcera pequeñísima, de atonía tal, que al mes de estarle tratando se encontraba en el mismo estado que el primer día. A los cinco días de emplear la ducha de vapor la úlcera se había curado, desapareciendo la fotofobia, que era violentísima. Después volvió á padecer de otras úlceras de la misma naturaleza, y de tal manera se comprobaba la eficacia del calor, que solamente curaban cuando hacíamos uso de las duchas; y el Dr. Bonilla, oculista ayudante del Dr. Mansilla, que me sustituye durante los veranos, pudo convencerse por sí mismo de las excelencias de este proceder.

Una enfermita escrofulosa, que hoy acude á mi consulta particular, se presentó un día en la de la Policlínica, con una corona de pústulas periqueráticas (asentaban en el mismo borde corneano) como no había visto otra; pues conté hasta catorce. Tratada como es corriente en estos casos, fueron pasando en ocho ó diez días todos los fenómenos de la agudeza y cicatrizaron las pústulas ulceradas menos una, que en unión de otra que no llegó á romperse, inutilizaban completamente á la niña durante días y aun semanas, sin adelantar un solo paso hacia la curación. No hubo lugar más que para seis duchas de vapor, pues rápidamente desaparecieron todos los síntomas objetivos y subjetivos.

Una señorita que desde hace cinco años es cliente mía, padecía, con una frecuencia desesperante, de úlceras francamente asténicas, cuya duración no bajaba de treinta á cuarenta y cinco días. Como se dedicaba á estudiar música, tal enfermedad la entristecía y contrariaba sobremanera, y en esta enferma fué donde hice primeramente uso (en estos casos) de la ducha de vapor con tan buen acierto, que lo que antes solía durar un mes ó mes y medio, no sólo se redujo á un proceso de diez ó quince días, sino que se hizo mucho menos fre-

cuente, pues hasta hoy, que por la misma causa ha tenido que volver á mi consulta, llevaba más de veinte meses completamente bien.

Haríase interminable la exposición de casos parecidos, por lo cual no creo pertinente decir más, sino que en todos aquellos casos semejantes á los que dejo expuestos, creo altamente conveniente el empleo de las duchas de vapor, que deberán ser diarias cuando menos, de la mayor duración é intensidad posible con arreglo á la tolerancia local é individual, y que después de cada sesión puede reportar aún mayores ventajas la aplicación inmediata sobre la córnea de la pomada de calomelanos ó de óxido amarillo seguida de la oclusión. Como además su empleo bien dirigido no puede acarrear sino ventajas, no debemos tardar más tiempo en instituirlo, sino sólo el necesario para convencernos de que la enfermedad evoluciona con marcada lentitud.

Y la indicación no puede ser más racional, por cuya razón no haré gran hincapié en demostrarlo. Ya he dicho y tengo que repetir, que todos estos estados de cronicidad se dan en individuos depauperados, linfáticos, escrofulosos ó heredo-sifilíticos, cuya vida total es miserable, y particularmente la de la córnea, que carece de vasos propios y que tiene que nutrirse por ósmosis y endósmosis á expensas del humor acuoso, de las arterias ciliares anteriores y de las que acompañan á los nervios que en ella penetran. La constituye un tejido, continuación del de la esclerótica, cuya vida no es propiamente suya, sino prestada, y que para modificarse ó regenerarse se tiene que vascularizar ó exagerar su nutrición que aumenta la neoformación celular y las funciones de asimilación y de desasimilación concurrentes todas á una cicatrización normal y rápida.

En la córnea nada puede servir de acicate como la ducha de vapor, pues desde que Quincke demostró que el calor aplicado localmente estimula la vida celular, todos hemos podido convencernos de que, en las úlceras atónicas ó de marcha tórpida, el calor modifica rápidamente el proceso de reparación.

En resumen: la ducha de vapor que habitualmente usamos por medio del aparato de Laurenço para tratar la queratitis parenquimatosa, es un excelente medio terapéutico para corregir estos otros procesos asténicos de la córnea, pues además de ser un poderoso sedante y analgésico (por cuya razón todos empleamos las compresas calientes cuando hay irritabilidad y dolor), facilita la fagocitosis, destruyendo elementos microbianos, de la misma manera que favorece la cicatrización y la eliminación de todo elemento infiltrado, pues no debemos echar en olvido que la córnea, además de ser extremadamente delicada, necesita conservarse en un estado de homogénea y perfecta transparencia.

# SECCIÓN CIENTÍFICA ORIGINAL

## SOBRE LA LLAMADA POSICIÓN DE MAYOR CAPACIDAD EN LAS ARTRITIS

POR EL DR. SATURNINO GARCÍA HURTADO
Del Instituto Rubio.

Hay en Medicina, como en todas las ciencias, una porción de palabras indefinidas, ó conceptos vagos, que aceptamos rutinariamente, y sin darnos una cabal cuenta de lo que dichas palabras ó conceptos significan.

Así, por ejemplo, cuando vemos á un enfermo que presenta síntomas inusitados, cuyas causas ó mecanismo de producción no podemos relacionar, salimos al paso con una palabra ó un concepto cualquiera, que provisionalmente llena este vacio, sabiendo que no hacemos más que rellenar de pasada un hueco con materia inapropiada para el caso, esperando que llegue el momento de reemplazar la falta ó concepto provisional por el definitivo verdadero.

Así las cosas, suele suceder que el descubrimiento de la verdad ó las relaciones causales tardan mucho tiempo en llegar; á veces no llegan, después de muchas centurias, y, sin darnos cuenta, aceptamos entonces como definitiva la explicación que antes nos había dejado insatisfechos.

Tal sucede con los conceptos histeria, neurastenia, etc., que ya puede decirse han quedado como definitivos en la ciencia, sin que haya nadie que á punto fijo pueda decir satisfactoriamente en qué consisten.

Algo de esto ha sucedido en la llamada posición de mayor capacidad, en los procesos inflamatorios articulares.

¿Y qué quiere decir posición de mayor capacidad?

Se ha observado que cuando sobreviene un proceso inflamatorio, agudo ó crónico, en una articulación, ésta generalmente toma una posición determinada especial, propia de cada variedad articular. Cuando se afecta la articulación tibio-tarsiana, el pie se pone en

extensión; si la rodilla, en flexión, á veces tan pronunciada, que llega á tocar el talón en la nalga. Si es la cadera, en flexión y abducción; el codo en flexión, en ángulo recto, y la muñeca en flexión, más ó menos pronunciada, etc.

Como no nos dábamos bien cuenta del mecanismo de estas posiciones, y habíamos observado que en determinadas condiciones eran constantes, se nos ocurrió decir que este fenómeno se verificaba porque, existiendo generalmente derrame articular, la disposición de las extremidades óseas articulares se adaptaba á aquella posición, que permitía á la cavidad articular contener mayor cantidad de líquido, ó sea la *posición de mayor capacidad.*

Así las cosas, ha venido esto aceptándose como idea ya sancionada y que explicaba satisfactoriamente los hechos, y hoy puede decirse que es una verdad, al parecer inconcusa, y aceptada por todo el mundo como buena, sin que hayamos vuelto á ocuparnos más de la materia.

Sin embargo, á mi modo de ver, las cosas no pasan de la manera que se ha creído, y es otro muy diferente el mecanismo de su producción.

He observado que hay unas formas de inflamaciones articulares, en las cuales, á pesar de existir un derrame sinoviál más ó menos abundante, no toma la articulación la posición corriente de mayor capacidad, limitándose solamente la protesta del individuo á la ejecución de cualquier movimiento de la articulación afecta.

En otras ócasiones, sin existir derrame alguno ó siendo éste muy ligero, la articulación en seguida toma la llamada posición de mayor capacidad.

Una vez observado esto, deduje fácilmente que si la observación era exacta, no era el derrame articular, como ordinariamente se decía, el que determinaba la dicha posición, sino que tenía que haber otras causas que le determinasen.

En esta situación de ánimo, decidí observar todas cuantas articulaciones tuviera que intervenir, así como las que viera operar á los compañeros, á fin de ver si me daba cuenta y explicación más exacta del fenómeno. Efectivamente, la explicación no se hizo mucho esperar, y resultó sencillísima, una vez analizados los hechos.

Es sabido que los músculos estriados de nuestra economía tienen dos funciones ó fines principales. Uno tónico, de contracción permanente y constante, de tono muscular, que mantiene con los ligamentos y cápsulas fibrosas la posición de las superficies articulares; y otro de contracción activa, propia ó necesaria para ejecutar el movimiento. Ahora bien; ¿por qué se produce el dolor articular como cualquiera otra clase de dolor?

Sabemos que el dolor es un centinela avanzado que muestra al organismo aquello que puede perjudicarle.

El dolor se transmite por los nervios llamados sensitivos. Se produce, aparte de las destrucciones térmicas, químicas, tóxicas, traumáticas ó infecciosas, mecánicamente, ó por el atirantamiento ó por la presión. Es decir, la presión ó la tracción producen en las terminaciones nerviosas sensitivas una vibración anormal que, transmitida, origina el dolor.

En las parálisis flácidas, por ejemplo, cuando no hay interrupción nerviosa sensitiva, se observa esto perfectamente. Como los músculos han perdido su tono, las articulaciones no se fijan, y al ejecutar el enfermo algún movimiento, como no se acompañe el miembro paralizado siguiendo la traslación que hace el individuo, se produce por atirantamiento nervioso un vivo dolor.

Pues bien; en el caso de la llamada mayor capacidad me parece que ocurre lo siguiente:

Cuando el proceso ha destruído los cartílagos articulares que se observan corroídos y dejan libre la sustancia esponjosa, también corroída, se produce un vivo dolor al poner en contacto unas con otras superficies articulares. Para evitar este dolor, el enfermo dobla la articulación hasta dejar la superficie denudada libre de presión.

Si el proceso inflamatorio no ha destruído los cartílagos de incrustación, puede verse un derrame abundante en la rodilla, por ejemplo, y permanecer la pierna en perfecta extensión.

De modo que la llamada posición de mayor capacidad, no es más que la consecuencia obligada de las lesiones que se producen en la articulación hasta el punto que podemos diagnosticar á priori, y sólo por la posición del enfermo, el grado mayor ó menor de destrucción de los cartílagos articulares.

En la cadera, este fenómeno origina la llamada luxación espontánea ó crónica en los casos en que el individuo no anda.

Cuando el proceso infeccioso ha destruído los vínculos articulares, compréndese fácilmente que, una vez terminada la curación con la transformación consiguiente de tejido fibroso de cicatriz, el enfermo, al andar apoyado, el peso del cuerpo sobre la articulación desprovista de vínculos articulares fisiológicos, ó destruídas en parte ó totalmente las superficies articulares se produzca entonces, como indefectiblemente sucede si no se corrige mecánicamente, la llamada luxación patológica.

Mas en esos casos, en los cuales el enfermo permanece en la cama, y al poco tiempo, después de una agudización más ó menos intensa, observamos que la luxación se ha producido, ocurre siempre este fenómeno por la destrucción en parte de las superficies

articulares, y la flexión y rotación externa del muslo obedece á la salida de la cabeza del fémur, lesionada y dolorosa, de la cavidad articular, buscando la falta de roce ó ludidero de las superficies denudadas que producen un vivo dolor, y aumentada la acción por la contractura de los músculos periarticulares de diferente manera y en distinto sitio, según las circunstancias que podría exponer quizá en otro trabajo.

Quedamos, pues, en que el concepto de la posición de mayor capacidad se ha originado por una menor capacidad por nuestra parte, para comprender el fenómeno.

---

## BREVE EXPOSICIÓN DEL MÉTODO DEL DR. SIGAUD (DE LYON) SOBRE LA EXPLORACIÓN EXTERNA DEL TUBO DIGESTIVO

POR EL DR. P. DE ASTIGARRAGA
De Bilbao.

Hasta el presente, la exploración externa del tubo digestivo, salvo en muy contados casos, era, para el clínico que examinaba un enfermo, de un mediano interés; toda su atención reconcentraba en el examen físico del aparato respiratorio, circulatorio, nervioso; apenas si se daba importancia á la inspección, palpación y percusión del abdomen, siendo así que es el vientre la parte del organismo de la que podemos obtener el mayor número de signos objetivos para el estudio de los enfermos, cosa fácil de comprender si tenemos en cuenta las condiciones de la pared antero-lateral, que no sólo nos permite con nuestros dedos, sin auxilio de aparato alguno, explorarla en toda su extensión, dándonos perfectamente cuenta de la tensión, forma, posición, etc., del aparato en cuestión, sino que esta pared, amoldándose exactamente á su contenido, nos pone de relieve cuantas variaciones de forma experimenta esta cavidad; en cuanto á la percusión, nos da una gran riqueza y variedad de sonidos, cuyo estudio é interpretación, debidos al ilustre doctor lyonés, derraman nuevas luces en el oscuro campo de la patología digestiva.

Hace más de veinte años que el Dr. Sigaud, uno de los más sabios clínicos franceses, prosigue el estudio de la exploración externa del tubo digestivo sistemáticamente, dejando de lado la Medicina experimental química y bacteriológica, habiendo llegado á formar un verdadero método clínico, conocido ya en Francia y Alemania con el nombre de *Método de Sigaud.*

Pretender en el reducido espacio que han de ocupar estas cuar-

tillas, dar á conocer en sus detalles dicho método, es cosa imposible, y así me limitaré solamente á dar una sucinta idea de la inspección, palpación y percusión del tubo digestivo.

### INSPECCIÓN

La inspección del tubo digestivo es la inspección del vientre. El papel que se ha atribuído á la pared antero-lateral de esta cavidad, que es el de oponerse á la expansión de la cavidad digestiva y neutralizar los esfuerzos de desarrollo excéntrico, no es el verdadero; si así fuera, la inspección del vientre no nos daría datos precisos más que sobre el grado de resistencia de la pared, y no sería, en consecuencia, más que de un mediano interés en lo concerniente á la función digestiva propiamente dicha. La verdad es que la pared antero-lateral de esta cavidad se modela sobre su contenido, reproduciendo todas sus variaciones morfológicas: esta pared funciona al unísono de las vísceras subyacentes, lo que nos permite hacer abstracción de ellas por el momento.

El hecho característico que la inspección del abdomen nos revela, es *el cambio de forma y volumen del vientre.*

En *estado de salud,* la forma y volumen del vientre son invariables. ¿Quién no recuerda á uno de esos individuos, que alcanza una edad avanzada después de haber vivido con una salud envidiable, sin engordar ni enflaquecer, sin cambios en su fisonomía, sin decrepitud, sin vejez, por decirlo así? Los órganos digestivos han funcionado al unísono de los otros aparatos; el vientre ha permanecido inalterable, como el resto del cuerpo.

Durante *la enfermedad,* el vientre, por el contrario, refleja en su forma exterior todos los grandes cambios que ocurren en la economía; pero estos cambios, esta fenomenología abdominal, reviste una doble forma según se trate de un *tubo digestivo débil* ó un *tubo digestivo fuerte.* Examinemos los caracteres de cada uno de ellos.

El tubo digestivo débil, dice Sigaud, «es de textura fina, de una sensibilidad particularmente viva; una excitación ligera basta para provocar la actividad total de todos sus elementos; una excitación fuerte determina una reacción brusca, brutal, de las fuerzas digestivas, que se agotan parcialmente sin provecho y antes del tiempo debido; una excitación muy fuerte produce un verdadero traumatismo que suspende la función en vez de originarla.

El tubo digestivo fuerte, de constitución más sólida, de estructura más grosera, es, por el contrario, de una sensibilidad proporcionalmente obtusa; una excitación ligera le deja casi indiferente y sin producir más que un principio de trabajo funcional; una excita-

ción fuerte no es más que justa la necesaria para producir una función normal; una excitación muy fuerte es la señal del desorden, por otra parte, moderado, cuya característica es menos la rapidez de acción y el agotamiento consecutivo, que la insuficiencia é incoherencia de una función poco modificada en su duración.»

Estos dos tubos digestivos, cuya somera descripción acabamos de exponer, corresponden á dos tipos orgánicos: uno el *tipo débil*, y el otro el *tipo fuerte*, admirablemente estudiados por Sigaud en su *Tratado clínico de la digestión*.

Expuesto lo que antecede, entremos de lleno en el estudio de la inspección del tubo digestivo débil, primero, y del tubo digestivo fuerte, después.

### INSPECCIÓN DEL TUBO DIGESTIVO DÉBIL

El tubo digestivo débil en la primera edad se modifica poco. El vientre se nos presenta ligeramente redondeado en conjunto. La masa gastro-intestinal, incapaz de un gran desarrollo, no se distiende; pero llena completamente la cavidad abdominal, puesto que el vientre en este período no cambia de forma, cualquiera que sea la posición en que se le examine. Más tarde, en la juventud ó edad adulta, cuando la alimentación es más compleja, cuando las alteraciones de régimen se repiten y los excesos de todas clases conmueven el organismo; cuando la enfermedad, en una palabra, evoluciona después de varios años, es cuando el vientre pierde su aspecto redondeado y se hace plano, dejando sus límites óseos bien aparentes en la posición horizontal; y examinado en la vertical, vemos caer sus vísceras en la parte más declive de la cavidad abdominal, empujando hacia adelante la pared, poco resistente y ligeramente distendida, de tal manera, que el vientre, recto en la región supra-umbilical, se hace prominente en la región hipogástrica y á nivel de los vacíos (figs. 1.ª y 2.ª). En casos análogos, en que la cronicidad es el hecho predominante, el vientre aparece irregular, como con jibosidades, abollado, y se ven las contracciones del intestino delgado y del estómago á través de la pared del vientre. Estos vientres conservan su forma generalmente redondeada, lo mismo si el enfermo está de pies que echado. Los anteriores, por el contrario, varían de forma á cada cambio de posición, y es que el tubo digestivo débil, dotado de una reactividad excepcionalmente sensible y rápida, no es susceptible de hipertrofiarse y dilatarse en grandes límites, sino que, á medida que el período de declinación avanza, la luz del canal se reduce, los tejidos se atrofian y la masa intestinal no llena su cavidad con una tensión suficiente, y obeciendo á las leyes

de la gravedad, dan al vientre formas variables, según la posición del enfermo.

Tales son los signos objetivos que nos da la inspección del tubo

**Figura 1.ª—Vientre del débil en la posición horizontal.**

digestivo débil en *estado estático,* es decir, fuera de las fases digestivas.

Dos palabras sobre las modificaciones del abdomen en *estado dinámico*, es decir, durante la fase digestiva, generalmente corta en este tipo.

Durante el primer período (fase de adaptación), mientras el aparato conserva una parte de su vitalidad, sus vivas reacciones impiden toda modificación en su estructura: la forma exterior del vientre permanece inalterable durante la digestión.

Figura 2.ª—Vientre del débil en la posición vertical (1).

En el segundo período (fase de declinación), el *balonamiento post-prandium* es el que aparece durante la fase digestiva. Una excitación demasiado fuerte, cualquiera que sea, alimenticia ú otra, ya no provoca una excitación fisiológica, sino una especie de traumatismo que inhibe una parte de la vitalidad del tubo digestivo y provoca su distensión. Si la excitación no es muy violenta, el estómago sólo se distiende; el enfermo experimenta claramente la sensación de la hinchazón epigástrica. Si la excitación es demasiado fuerte, ya no es simplemente el estómago, sino todo el tuvo digestivo, el que se distiende.

(1) Reproducción de las figuras presentadas por el Dr. Th. Anthoine en su tesis.

### INSPECCIÓN DEL TUBO DIGESTIVO FUERTE

La inspección del tubo digestivo fuerte es la que nos da los signos objetivos más numerosos y variados.

Durante el primer período (fase de adaptación), el tejido del tubo digestivo se hipertrofia y dilata durante un tiempo más ó menos largo, rechazando hacia adelante la pared abdominal que toma parte en este desarrollo. Las vísceras abdominales llenan completamente la cavidad abdominal, y por lo tanto, el vientre no cambia de forma; lo mismo que el enfermo esté de pie, como echado, en ayunas, que en plena digestión. Esta fase es de duración variable, difícil de precisar; sin embargo, podemos decir que la duración será tanto mayor, cuanto que la expansión abdominal se haya hecho más lentamente, á una edad menos tardía, y no haya pasado de modestas proporciones. En esta fase, las diferencias objetivas no se refieren, más que á los diametros, al grado de prominencia; es el vientre llamado *en tonel* (figs. 3.ª y 4.ª).

Figura 3.ª—Tipo del fuerte en el período de adaptación, visto de perfil, posición vertical.

En la fase de declinación es en la que se observa las formas más variadas de vientres, y es fácil de reconocer esta fase por la inspección. La atrofia invade poco á poco las vísceras; la pared abdominal, distendida anteriormente, no se retrae suficientemente, dejando un vacío en la cavidad abdominal. Este vacío es la causa de todas las variaciones de forma que el observador comprueba. Si el enfermo está de pie, á nivel de la región infraumbilical es donde predomina el abombamiento; la región epigástrica, antes redondeada, se retrae y aplasta; parece como que le estira hacia abajo la masa infraumbilical. Cuando el enfermo se acuesta, la forma del vientre cambia completamente; el vientre forma una masa aplastada, re-

dondeada hacia los lados, movilizándose en todos sentidos al menor movimiento, dejando ver las espinas ilíacas y el reborde costal que forma á cada lado del epigastrio un saliente bien manifiesto (figu-

**Figura 4.ª—Tipo del fuerte en la fase de adaptación y en la posición horizontal.**

ras 5.ª y 6.ª). En su última etapa el vientre no existe, por decirlo así; en decúbito horizontal forma una gran excavación, una especie de cubeta, en la cual se encuentran los restos informes de la pared abdominal; de pie, ésta forma una especie de delantal que cuelga por encima del pubis y superiormente cubre una región de aspecto irregular.

**Figura 5.ª—Tipo del fuerte en el período de declinación, estación vertical, visto de perfil.**

En la descripción que acabamos de hacer están comprendidos los vientres de volumen considerable; se comprende que los vientres de menor volumen sufrirán cambios menos acentuados: es cuestión de grados, que el clínico apreciará fácilmente en cuanto sepa dar á la inspección del vientre el lugar que le corresponde entre nuestros medios de diagnóstico.

Dentro de la clase de tubos digestivos fuertes hemos de colocar al *gran vientre del niño*. Éste presenta las dos formas, ya conocidas, de *vientre que se tiene* y *vientre que cae*, que marcan las fases dintintas de un mismo proce-

so. La evolución del tubo digestivo no está en relación con la edad del sujeto; el período de declinación digestiva puede aparecer en edad temprana,

Durante el crecimiento y primera infancia el esqueleto es fácilmente deformable, y por tanto, las modificaciones de las partes blandas repercuten en él: el vientre, al desarrollarse, dilata la parte inferior de la caja torácica y la deforma, haciendo salir hacia adelante el reborde de las falsas costillas; esta deformación nos per-

**Figura 6.ª—Tipo del fuerte en el período de declinación, decúbito supino (1).**

mite en la edad adulta hacer un diagnóstico retrospectivo. Sigaud da el nombre de *aletas del tórax* (ailerons du thorax) á esta deformación esquelética.

En los estados agudos, al contrario de lo que sucede en los crónicos, el abdomen no posee ninguna fijeza morfológica que pueda aclararnos el diagnóstico, ó, por lo menos, el estudio de la forma del vientre entra de un modo accidental en el diagnóstico de los estados agudos. El aspecto del vientre varía en cada caso particular (la peritonitis, tuberculosis generalizadas ó localizadas, tifus, etc).

En los estados subagudos, en los que una causa patológica inhibe, de un modo más ó menos pasajero, cualquier aparato (sistema nervioso, aparato locomotor, etc.), y especialmente el digestivo, la inspección del abdomen es más fértil. En el débil, ya lo hemos dicho, las oscilaciones son pequeñas; la inspección nos demuestra un aplastamiento poco marcado del vientre en la posición horizontal; en el fuerte, al contrario, el aplastamiento reemplaza á la prominencia en cantidad proporcional á la intensidad del estado subagudo.

(1) Las figuras 3.ª, 4.ª, 5.ª y 6.ª son reproducción de las de la obra de los doctores A. Chaillon y L. Mac-Auliffe, *Précis d'Exploration externe du tube digestif.*

PALPACIÓN

La palpación del abdomen ha de comprender dos tiempos: en el primero practicamos la palpación superficial, y en el segundo la profunda.

La *palpación superficial* nos permite apreciar las cualidades de la pared abdominal: el espesor de la capa adiposa, en unos delgada y en otros, en cambio, parece formar ella sola la pared abdominal; particularidad que se observa en los sujetos cuyo período de *declinación* grasoso empezó en edad temprana.

Apreciamos también el estado de la capa muscular subyacente, palpando unas veces músculos voluminosos bien desarrollados, y en otros músculos que, sin estar tan desarrollados, están en contracción permanente, lo que impide todo examen; á éstos llama Sigaud *vientres cerrados*. Estos vientres son indicio generalmente de una hiperexcitabilidad muscular localizada que deja presentir una hiperexcitabilidad abdominal general.

Hay un signo objetivo mucho más importante que los anteriores, apreciable también por la palpación superficial, y es la *tensión abdominal*, mal conocido de la escuela clásica.

Veamos en qué consiste:

«La tensión de la cavidad única que forma el segmento digestivo, es la representación exacta del tubo digestivo tal como nos lo presenta la naturaleza con sus variadas diferenciaciones anatomofisiológicas. ¿Y á qué se reduce la tensión del segmento? Tenemos, por una parte, una cavidad, cuya pared la forman vasos, glándulas, nervios y músculos, y por otra parte, un fluido bajo presión, el aire que llena esta cavidad. La presión molecular del fluido intracavitario es igual á la presión que le imprime la pared del segmento, efecto de su *tonicidad*, mejor dicho, de su *vitalidad*. En una palabra, la tensión del aire interior se gradúa por la vitalidad de la pared, de la que ella no es más que una manifestación, de tal manera, que la cavidad, con sus paredes vivientes en estado de tonicidad y el aire que la llena, forman un todo armonioso, indivisible fisiológicamente. Quien dice *tensión* de un segmento, dice *vitalidad* de este mismo segmento, puesto que ésta no podrá variar sin modificarse aquélla.» (Sigaud.)

La tensión abdominal está constituída por dos elementos irreductibles, que los apreciamos por la palpación: la resistencia y la elasticidad.

El Dr. Vincent (de Lyón), que ha sido el primero en descomponer la tensión en estos dos elementos, los describe del siguiente modo: «La renitencia se mide por el grado de resistencia á los efec-

tos de la compresión; y elasticidad es la propiedad en virtud de la cual la forma momentáneamente alterada adquiere la que antes tenía con más ó menos prontitud.»

Estas dos cualidades son muy variables y se desarrollan inversamente; la elasticidad es atributo de la niñez y la renitencia de la edad madura: también varían con el *tipo;* la renitencia es propia del tipo fuerte y la elasticidad del débil. Estas dos cualidades pueden faltar, dándonos entonces el vientre una sensación *pastosa* característica de los estados *subagudos.*

La *palpación profunda* nos da luces sobre el estado particular de cada segmento, que integra el tubo digestivo, así como la palpación superficial nos da una idea general del estado de la energía vital de este aparato, punto que lo apreciamos por la *tensión.*

Las partes accesibles á la palpación abdominal son: los segmentos del colon, el estómago, hígado y riñones.

*Palpación del colon.*—Un primer hecho nos revela la palpación del colon, y es la desigualdad de forma, calibre y consistencia de las porciones derecha é izquierda, ó sea el ciego y colon ascendente, de un lado, y el descendente, del otro. En general, es una masa más ó menos alargada y voluminosa en la fosa ilíaca derecha, y un cordón más ó menos manifiesto, de consistencia y calibre diferentes en la izquierda. Estos dos segmentos son fácilmente palpables, por reposar sobre paredes resistentes (fosas ilíacas y músculos ilíacos). El transverso no se presta tanto á la palpación por extenderse sobre partes blandas.

Veamos los caracteres de estas diferentes partes del colon á una palpación detenida: el colon descendente se nos presenta unas veces fijo, difícilmente desplazable, *colon tendido;* otras, por el contrario, blando, cambia de posición con mucha facilidad, es el *colon flotante;* cuando blando, pastoso, crepitante, con sus paredes yustapuestas, formando escaso relieve difícil de percibir, *colon pastoso;* en otras, formando un cordón grueso del tamaño del pulgar, *estenosis espasmódica simple;* cuando forma un cordón de reducido calibre, duro en *tubo de pipa;* otras, en fin, formando un cordón duro, lleno de materias secas, dándole una consistencia leñosa, *colon leñoso.*

En el ciego y colon ascendente hemos de apreciar también su fijeza ó movilidad, que se presentan con los caracteres descritos en el descendente; su forma es variable: unas veces forma una ampolla voluminosa, resistente y de consistencia variable, que se aplasta con facilidad, produciendo un gargullamiento más ó menos manifiesto, es *la ampolla cecal;* otras veces es menos voluminosa, más dura y consistente; tiene casi la forma de un cilindro; es lo que Sigaud llama *morcilla cecal;* otras veces es aún más reducido de vo-

lumen, muy duro y da la sensación del colon descendente estenosado; á éste llama el *cordón cecal.*

En cuanto al transverso, difícil de palpar, es muy variable en su posición; en general, se le encuentra debajo del ombligo; pero puede en ocasiones estar varios centímetros por encima ó descender hasta cerca del pubis. Los restantes caracteres son los del descendente.

Toda esta serie de signos objetivos que á la palpación profunda nos da el colon en sus tres porciones, nos indican la evolución de la astenia cólica, y Sigaud los condensa en el siguiente cuadro:

| | |
|---|---|
| Primer grado de astenia cólica... | Ampolla cecal.<br>Estenosis espasmódica simple del colon. |
| Segundo grado de astenia cólica... | Morcilla cecal.<br>Colon en tubo de pipa. |
| Decadencia cólica. | Cordón cecal.<br>Calibre uniforme de todo el colon (con el estado espasmódico variable y muy móvil). |
| Inercia cólica..... | Colon flotante y blando.<br>Colon leñoso. |

En los estados subagudos, colon pastoso.

*Palpación del estómago.*—Una parte solamente de la cara anterior, su gran curvadura y á veces el píloro, pueden ser palpados, dándonos signos objetivos sobre la posición, consistencia, movilidad de este órgano; el resto del estómago, ó demasiado alto ó demasiado profundo, no se presta á la exploración. Pero, aparte de los signos objetivos ya enumerados por la exploración profunda del estómago, podemos apreciar el modo de reaccionar de esta cavidad frente á la excitación alimenticia.

Cuatro signos traducen esta reacción:

El *bazuqueo* se obtiene imprimiendo sacudidas laterales al tronco del enfermo, cogiéndole con las dos manos por la base del tórax.

El *flot* ú *onda líquida gástrica*, sentida por la mano que el observador aplica sobre la región epigástrica, mientras que con la otra mano moviliza lateralmente el tronco del enfermo.

El *claquement,* ruido parecido al que produce una planchita pegando sobre la superficie del agua. Para obtenerlo, es preciso percutir fuertemente con la punta de los dedos la cara anterior del estómago.

El *baloteo gástrico,* muy raro. Se obtiene por el mismo procedimiento que la onda líquida, de la que no es más que una variedad, una forma más avanzada.

Todos estos signos nos indican grados sucesivos y progresivos de la astenia gástrica.

La palpación del hígado y riñones nos ilustra sobre la posición, movilidad, consistencia, tamaño, etc., de dichas vísceras; cada uno de dichos signos es de una gran importancia para apreciar la participación que puedan tener estos órganos en los trastornos del canal digestivo.

PERCUSIÓN

El tubo digestivo reúne todas las cualidades de una *cavidad sonora,* paredes vibrantes y aire que las llena, formando un todo cerrado, que da una serie de sonidos variables en tono ó intensidad, que constituyen otros tantos signos objetivos á la disposición del observador; pero hemos de tener presente que la membrana vibrante es una membrana *viva,* cuyas propiedades físicas se modifican continuamente por la actividad vital, y son, por consecuencia, de una variabilidad extrema; en una palabra, *que es la vida la que dirige y define la forma de las vibraciones sonoras.*

La pared de nuestra cavidad sonora está provista de nervios, vasos, glándulas, músculos, etc. En reposo la actividad de estos diversos elementos, mantiene á la tensión de esta pared en un grado determinado. Si la hacemos vibrar, da un sonido de determinada intensidad y altura, que representa esta actividad vital; es lo que Sigaud llama *sonido fundamental.* Durante la función, el estado fisiológico de todos los elementos se modifica en sentido del eretismo; paralelamente, la amplitud y rapidez de las vibraciones de la pared cambian para dar origen á un sonido diferente, que caracteriza la elasticidad funcional; es el *sonido funcional* de Sigaud.

El sonido fundamental traduce la intensidad de la vida de la membrana digestiva de tal manera, que, en un mismo individuo, este sonido se va apagando á medida que la actividad digestiva disminuye; por lo tanto, los caracteres del sonido fundamental pueden dar al clínico una noción aproximada de las fuerzas disponibles del tubo digestivo. La intensidad, sobre todo, es de significación decisiva; pero ya hemos descrito el tipo débil y el fuerte, y hemos dicho cómo en éste la membrana digestiva sufre, por efecto de la enfermedad, una hiperplasia que hace que aumente notablemente de espesor, y, teniendo en cuenta la ley física que dice: «la intensidad de un sonido está en razón inversa del espesor de la membrana», se comprende que la disminución de la intensidad del sonido fundamental, en este tipo, tiene una razón natural que modifica su valor como elemento de diagnóstico.

Sabemos que la función es una exaltación momentánea de la vida de un aparato; por consiguiente, á tal vida, tal función; á tal sonido fundamental, tal sonido funcional.

Una cavidad sonora viva, en pleno vigor, no sufre durante la función más que insignificantes variaciones fisiológicas; el sonido funcional se diferencia poco del sonido fundamental. Pero si tenemos una cavidad de fuerza disminuída, un sonido fundamental más ó menos oscuro nos indicará una débil tensión de la pared. Un esfuerzo funcional más enérgico es necesario frente á un mismo trabajo; el sonido funcional se diferencia francamente del fundamental por su menor intensidad y mayor altura; de manera que la entrada en funciones de nuestra cavidad patológica de sonido fundamental débil y bajo, se objetiva al observador por la aparición de un sonido funcional más débil y más elevado. De este modo, con ejemplos de membranas cada vez más débiles, de sonido fundamental cada vez más oscuro y bajo, podremos demostrar el paralelismo inverso del sonido funcional, acusándose con el progreso de la hipostenia.

El sonido debe siempre ser considerado desde el punto de vista de la intensidad, altura y timbre, cualidades que dependen del estado, de la manera de ser del órgano percutido.

De la intensidad ya hemos hablado, y hemos enunciado la ley que la rige.

La altura ó tono de un sonido sabemos está en razón directa del espesor de la membrana, y en razón inversa de la superficie de la membrana vibrante. Nos limitamos al enunciado de ley; su análisis nos llevaría más lejos de lo que en este primer trabajo nos hemos propuesto.

Los sonidos que obtenemos por la percusión pueden ser comprendidos en estas tres clases: el sonido simple, la resonancia y el timpanismo.

«En tanto que el peristaltismo se verifica dentro de los límites fisiológicos, se produce el *sonido simple;* las ondas de dilatación y contracción son de débil amplitud y no modifican la altura del sonido... Cuando la amplitud de las ondas peristálticas pasa los límites fisiológicos, *la resonancia* aparece y viene á objetivar la onda de dilatación, con oscilaciones de su intensidad, que corresponden á oscilaciones de esta onda de dilatación...» (Sigaud.)

El timpanismo es un sonido de timbre musical, y corresponde á una especie de tetanización del segmento percutido y á una cesación del trabajo funcional provocado por diferentes causas.

Expuestas estas consideraciones de orden general, pasemos á estudiar la percusión general del vientre.

Un primer hecho llama la atención del médico, y es la segmentación del aire abdominal en diferentes zonas; así el sonido de la

zona epigástrica no es el mismo que el de la zona infra-umbilical, ni el de estas dos igual al de la región ilíaca derecha.

Estos diferentes sonidos constituyen lo que Sigaud llama *damiers*, de los cuales describe dos: uno, el *damier normal*, y el otro, *el inverso;* del primero hace una subdivisión en dos tipos.

1.° En el *damier sonoro normal*, «la zona epigástrica, ó submamaria izquierda, que corresponde á la cavidad gástrica, más ó menos amplificada, da el sonido más intenso y el más bajo. La zona infra-hepática ó cecal, que abarca toda la región del ciego y colon ascendente, es de sonoridad menos intensa y más elevada. En fin, la zona infra-umbilical, que comprende todo el resto del abdomen (es decir, la región infra-umbilical propiamente dicha y la ilíaca izquierda), nos ofrece la sonoridad más débil y el tono más elevado.» (Sigaud.)

*a)* En el damier normal, primer tipo, tenemos «resonancia gastro-cecal, con predominio de la resonancia gástrica sobre la cecal; sonoridad débil de la región infra-umbilical. Fijémonos que en este tipo de damier la intensidad solamente influye, la altura del sonido es la misma, cualquiera que sea el segmento del tubo digestivo percutido.» (Sigaud.)

*b)* En el segundo tipo de damier (el más frecuente), «las cavidades principales del tubo digestivo presentan un tono diferente: bajo para el estómago, medio para el ciego y elevado para el intestino delgado. Este segundo tipo de damier normal se diferencia del primero por el tono, que se eleva si percutimos sucesivamente la región supra-umbilical, ilíaca derecha é infra-umbilical.» (Sigaud.)

Llama normales á estos damiers, porque son los más frecuentes. El segundo tipo anuncia generalmente etapas más avanzadas del período de declinación.

2.° En el *damier inverso* encontramos «una región infra-umbilical resonante, de tono bajo ó grave, mientras que el sonido epigástrico es débil y de tono elevado. En cuanto á la región cecal, ó bien no se diferencia de la región infra-umbilical, ó está al unísono con la zona epigástrica, y da un sonido débil, de tono más ó menos elevado. El hecho clínico verdaderamente característico es la inversión de los sonidos epigástrico é infra-umbilical. El contraste es tanto más manifiesto, que el sonido intenso y bajo lo da una cavidad de pequeño calibre, el intestino delgado.» (Sigaud.)

Sucede que á veces estas zonas de sonoridad se multiplican, y parece que ya no están en relación con la topografía anatómica del abdomen. La percusión nos revela una especie de *mosaico sonoro*.

El observador, para no desorientarse ante tal variedad de sonidos, lo primero que debe de hacer es aplicar á cada zona sonora las

nociones generales expuestas á propósito de la cavidad única; es el solo medio de ordenar la observación y de llegar, con la ayuda de los demás síntomas, revelados por los demás medios de investigación, á un diagnóstico preciso y sencillo.

Al percutir la zona epigástrica, podemos encontrar dos sonidos diferentes: uno en la región epigástrica izquierda, cerca de la línea media, y otro en la submamaria izquierda: es la *bitonalidad gástrica*. Fisiológicamente, el estómago está dividido en dos partes; pero no es éste el estómago bilocular de los autores, efecto de un tumor ó de una brida cicatricial: la segmentación del aire gástrico, en el caso que tratamos, nos indica una disociación funcional: la imposibilidad del estómago de contraerse en masa.

El ciego puede presentar la misma particularidad y dar otros dos tonos, fenómeno mucho más raro que el anterior, pero producto del mismo mecanismo.

La percusión del hígado nos hace apreciar su volumen y movilidad.

Respecto al volumen, hemos de tener en cuenta aquellos hígados que, desplazados hacia abajo y adelante, nos dan una sonoridad transversal normal y una vertical disminuída, siendo el hígado de tamaño ordinario.

La movilidad del hígado, la percusión nos la descubre con notoria facilidad; basta para ello limitar primero bien el órgano, y luego hacer respirar al enfermo profundamente; en caso de movilidad, los límites descienden.

Se comprende que la percusión, medio de investigación de sensibilidad exquisita, nos dará variaciones y detalles que ni la palpación ni la inspección pueden revelarnos. La percusión, para obtener de ella todo el partido posible, debe ser prolongada; y se comprende que así sea, pues estudiando un aparato en función, debemos sorprenderle en fases sucesivas de su funcionamiento.

---

## EXAMEN DE LA APTITUD FUNCIONAL DEL CORAZON

### ESTUDIO DE LA PRESION SANGUÍNEA

POR EL DR. A. MUT

Del Instituto Rubio.

Hemos visto (1) que la esfigmografía podía proporcionarnos datos exactos, de inestimable valor, cuando nos referimos al estudio del ritmo del pulso, pero que fracasaba cuando, mediante ella, pre-

(1) Véase el número anterior.

tendíamos adquirir idea, siquiera aproximada, de la amplitud del pulso, de la presión de la sangre, del trabajo, en fin, del corazón.

Veamos, ante todo, qué debemos entender por *trabajo* del corazón. En general, trabajo mecánico es el producto de una carga ó de un peso, por la altura á que éste se eleva ó por el camino recorrido. En nuestro caso, el problema tiene que referirse á una forma de trabajo, llamado motor, el cual tiene que vencer una determinada resistencia. El trabajo del corazón, pues, será el producto de una carga por la resistencia á vencer. La carga está representada por la onda sanguínea que lanza el ventrículo en cada sístole, y la resiscia por la tensión arterial media que mantiene cerradas las válvulas sigmoideas, y contra las cuales tiene que luchar la onda para abrirlas y hacer penetrar la sangre en la aorta.

Según los cálculos de Tiegerstedt, el valor de la onda sistólica es igual á 60 c. c., y la presión en la arteria aorta, ó sea la resistencia, igual á 15 c. c. de Hg; de donde: trabajo del ventrículo izquierdo, = 60 c. c. × 15 c. c. de Hg. Ahora, reemplazando los 15 c. c. por una columna de sangre de dos metros de altura, resulta que dicho trabajo es = 60 × 2 = 120.

El trabajo del ventrículo derecho se calcula en un tercio del ventrículo izquierdo, ó sean 40 c. c. De modo que 120 + 40 = 160; y calculando en 70 el número de pulsaciones por minuto, se tiene 160 × 70 = 11.200. Luego el trabajo ventricular total es = 11 kilogramos 200 gramos.

Ahora bien, ¿cómo calcular en un enfermo el valor de la onda sanguínea? ¿Cómo apreciar la resistencia? ¿Cómo medir la presión sanguínea, á la cual está tan unido el trabajo del corazón? El estudio de la presión de la sangre es un asunto complicado, y lo es, porque dicha presión no es sólo el resultado, cual se había creído en un principio, de la energía contráctil del músculo cardíaco, sino que intervienen de una manera decisiva, para el cálculo total, las cualidades físicas de las paredes vasculares, las resistencias viscerales y periféricas, el volumen de la onda sistólica y la influencia tan variable, tan fugaz y tan imposible de determinar, hasta hoy, de los nervios vaso-motores.

La presión sanguínea se mide por la fuerza exterior necesaria para hacer desaparecer completamente el pulso. El dedo, por el contrario de lo que había creído Traube, no puede juzgar del grado ó la intensidad de la fuerza empleada para vencer la presión intra-arterial, porque, entre otras razones, según la ley de Pascal, el tamaño del vaso explorado influye de una manera decisiva sobre la impresión recibida por el dedo.

Así, cuanto más grande es la luz de un vaso, mayor fuerza hay que emplear, aun cuando la presión interior sea la misma. Además, tampoco la palpación digital puede diferenciar lo que es debido á la tensión de la pared vascular de lo que es propio de la onda sanguínea. Los primeros ensayos de Vierrodt y Waldemburg, consistentes en medir la presión arterial por el número de gramos necesarios á la completa desaparición del pulso, fueron seguidos de una serie de importantísimos trabajos de Basch y de Potain, los cuales idearon los aparatos esfigmo-manométricos que llevan su nombre, á los que siguieron los esfigmómetros de Verdin, de Cheron, de cuadrante de Bloch, etc. Pero puede decirse que la monometría no adquirió carta de nataraleza en la práctica médica hasta 1896, en que Riva-Rocci inventó su aparato para medir la presión en la arteria humeral, y Gaertner ideó su tonómetro.

Desde este momento las investigaciones se multiplicaron extraordinariamente, pudiéndose comprobar bien pronto varios hechos de la mayor importancia. Lo primero que se averiguó fué que las oscilaciones en la presión sanguínea son considerables, aun en las personas sanas, variando dichas oscilaciones entre 10 y 50 m. m., quedando ya demostrado que las cifras absolutas no tienen más que un valor general, y que sólo se puede juzgar del trabajo del corazón cuando dichas cifras indican los límites extremos, puesto que las pequeñas oscilaciones pertenecen ó pueden pertenecer á variaciones normales.

Después se vió que la dirección en las oscilaciones puede tener una significación distinta, según la enfermedad de que se trate. En un principio se había creído que las cosas quedaban reducidas á estos términos sencillos: mejoría, si la presión sanguínea aumentaba; agravación, si dicha presión disminuía; pero más tarde se llegó á comprender que un aumento de la presión en un nefrítico ó en un arterio-escleroso, lejos de significar un pronóstico favorable, lo que indica es que el corazón tiene que vencer mayores resistencias, aumentadas por la hipertensión vascular. Cuanto á las enfermedades de los órganos de la circulación, se pudo también observar que no siempre la mejoría se acompaña de un aumento en la presión, porque hay casos, como sucede en todos aquellos en que existe un acúmulo de ácido carbónico en el organismo, que determina un espasmo de los vasos periféricos, en los cuales la compensación del corazón, disminuyendo ó atenuando la intoxicación carbónica, hace desaparecer el espasmo; y por ende, el alivio en la acción cardíaca coincide con una hipertensión manifiesta.

Prosiguiendo estas investigaciones, se descubrió que ni el aumento ni la disminución en la presión sistólica que indicaba la columna ma-

nométrica, podía servir de base para cálculo alguno, toda vez que se vino á concluir, lo que ya había indicado Marey, esto es, que la altura de la curva manométrica no es equivalente á la altura de la presión, puesto que, para tener una idea exacta de este hecho, se necesita conocer los límites de la presión sistólica y de la diastólica. Más claro: que la altura definitiva verdad de la presión de la sangre depende de dos condiciones: de su altura estable, constante ó mínima (presión diastólica), y del aumento de esta misma presión provocada por la onda sanguínea en cada sístole (presión sistólica, máxima ó dinámica).

Así es como pudo comprobar Amblard en los arterio-esclorosos cuidados en el Hospital Necker, bajo la dirección del Dr. Huchard, que lo que denotaba la mejoría en el estado de estos enfermos era precisamente la diferencia entre la presión máxima y la mínima; de tal modo, que una presión máxima elevada, coincidiendo con una mínima también alta, demostraba la insuficiencia en la elasticidad de las paredes vasculares. Una tensión máxima elevada y una mínima baja denota una elasticidad arterial suficientemente conservada. Cuando una caída de la tensión máxima no se acompaña de igual ó superior descenso en la mínima diastólica, indica que las lesiones vasculares son profundas y avanzadas. Por el contrario, una diferencia marcada entre la presión máxima y mínima es prueba de una marcha favorable.

Con el aparato de Riva-Rocci se determina la presión sistólica, elevando la presión en el manómetro hasta la completa desaparición del pulso. En seguida se disminuye la presión en el aparato, y el momento en que se note la aparición de la menor onda pulsátil, corresponde á la presión sistólica. La presión diastólica se marca porque, disminuyendo la presión todavía más, se ve cuando las ondas pasan de disminuídas á normales, cuyo momento, según las experiencias de Strasbürger en tubos elásticos, corresponde estrictamente á la presión diastólica.

Ahora bien; el pulso es exactamente una oscilación entre la presión reinante de un modo constante en los vasos, y la determinada por el sístole ventricular; de modo que los límites de esas oscilaciones, la diferencia entre la presión máxima y la mínima contituye la verdadera presión del pulso, su amplitud exacta, lo que Strasbürger denomina por abreviatura: P D (Pulsdruck).

Strasbürger determina la presión sistólica y la diastólica por medio del dedo, y su diferencia le da la presión verdadera. Korot Kow utiliza la auscultación; la presión sistólica se señala por el primer ruido claro que se percibe en la arteria, y la diastólica, por a ausencia de todo fenómeno acústico. Mosso, Bing, Pal y otros en-

tienden que debe considerarse como presión máxima el momento en que las oscilaciones del manómetro se hacen más grandes; y como presión mínima, cuando dichas oscilaciones se convierten en más pequeñas. Sahli se vale del esfigmógrafo; según este autor, la presión sistólica corresponde á la altura de la columna mercurial en el momento en que aparece sobre el papel el primer trazado del pulso, y la diastólica, al momento en que la curva se hace un poco más baja. Janowski, que ha experimentado todos estos métodos, se muestra decididamente partidario del procedimiento seguido por el doctor Sahli, el cual tiene además la ventaja de que la curva esfigmográfica obtenida se puede utilizar con otros objetos. Mas, en fin de cuentas, todos estos métodos son muy expuéstos á error. Actualmente posee la ciencia aparatos que permiten hallar la amplitud verdadera del pulso de un modo más exacto. El año pasado han aparecido el efigmometróscopo, de L. A. Amblard, que anota la presión arterial máxima y la mínima; el Turgo esfigmógrafo, inventado por Strauss y descrito por Fleischer, el cual inscribe automáticamente la curva del pulso, los cambios de la presión, y da la gráfica del tiempo; y más recientemente aún, el Dr. Weiss, en el núm. 71 de la *Presse Médicale*, describe el esfigmo-señal de Váquez.

La medida de la presión sistólica y diastólica ha sido pródiga en consecuencias para la clínica. En primer lugar, las apreciaciones manométricas, junto con las esfigmográficas, han permitido obtener de una manera exacta el fenómeno tan importante de la acción cardíaca; la frecuencia del pulso, según ya hemos tenido ocasión de señalar al hablar de los esfigmogramas absolutos de Sahli. Después, dicha medida hace posible la determinación del verdadero valor de la amplitud del pulso en los estados normales y patológicos. La media normal para P D oscila entre 22 y 40 m. m.

En los estados patológicos, las presiones más altas se encuentran en los casos de insuficiencia aórtica, en los que P D puede llegar á 90 m. m. con M $x$ de 140 á 120 m. m. H $g$. Cifras aproximadas se encuentran en la dilatación aórtica, esclerosis y nefritis, en cuyas enfermedades los límites de las oscilaciones de P D se hallan considerablemente aumentados. En cuanto á la dirección de las oscilaciones, lo general es que la regularización en las condiciones del trabajo cardíaco se acompañe del ascenso de P D, pero no son escasas las convalecencias de tifus, pneumonía y otras enfermedas infecciosas coincidentes con grandes depresiones de P D y de M $x$.

Esto es un hecho que los clínicos estamos viendo todos los días, dando lugar en ocasiones á justificadas alarmas que, por ventura, no suelen pasar de aquí, continuando la convalecencia sin más accidentes. Otra consecuencia de la idea de P D ha sido la de calcu-

lar el volumen de la onda sanguínea mediante la fórmula $\frac{PD}{Mx}$ de Strasburger, de cuya opinión participan Erlanger y Hooker. Sin embargo, las experiencias de Sahli, Recklinghausen, Fuerst y otros, han demostrado la influencia que sobre los cambios de la presión ejercen las actitudes del cuerpo, las marchas forzadas, ascensiones á montañas y otras circunstancias, denotando una variabilidad extraordinaria en P D y M $x$, y que, por consiguiente, dicha fórmula no corresponde de un modo exacto al volumen de la onda sistólica.

En vista de esto, los autores citados han propuesto esta otra fórmula más compleja:

$$\frac{PD}{Mn + \frac{PD}{2}}.$$

Pero esta fórmula debe representar en centímetros cúbicos el valor de S (onda sistólica), que es precisamente su defecto capital. Para aprovechar esta fórmula se debe, según Janowski, poseer una normal, previamente determinada, en una serie de personas sanas, de edades diferentes, según la fórmula

$$\frac{Mn + PD}{\frac{PD}{2}},$$

puesto que, conociendo esta cifra, se puede calcular si S de la persona que se examina es mayor ó menor que la normal. Mas todas estas fórmulas olvidan un factor de extraordinaria importancia, cual es el número de pulsaciones.

Teniendo en cuenta este dato, Strasburger propone aplicar al estudio del trabajo del corazón la fórmula de los fisiologistas, ó sea: C (trabajo) = onda × resistencia × número de pulsaciones, en esta forma:

$$C = \frac{PD}{Mn + \frac{PD}{2}} \times \left(\frac{Mn + PD}{2}\right) \times p,$$

ó más brevemente, $l = PDp$.

Muchos investigadores se han adherido á esta fórmula, porque midiendo P D en diferentes estados, y comparando con los taquigramas de Kries, que registran la velocidad de la corriente sanguínea en las arterias, se halla que estos dos valores concuerdan entre sí; pero dicha fórmula no está exenta de crítica, porque no tiene en cuenta el valor de la presión máxima y mínima sino para

conocer su distancia, mas sin que intervenga dicha cifra de un modo real y efectivo.

Para evitar esta causa de error, M. Josué modifica la fórmula de Strasburger, y propone hallar el trabajo relativo del corazón, multiplicando P D $p$, por la cifra de la tensión media, obtenida por la media numérica de M $x$ y de M $n$, en esta forma:

$$C = P\,D\,p \times \left(\frac{M\,x + M\,n}{2}\right);$$

la fórmula de Josué tiene, sin embargo, el defecto que ya Marey había previsto cuando dijo que lo que importaba era conocer, no solamente la *media numérica,* sino la *media dinámica*, de la cual solamente se podrá deducir el efecto que la presión puede producir bajo el punto de vista del movimiento de la sangre.

En efecto, escribía Marey: «Supongamos que la presión en un vaso pasa alternativamente por dos intensidades, que correspondan, la una á 100 grados, la otra á 50 grados: dos cosas pueden ocurrir: ó bien la fuerza igual á 100 grados y la fuerza igual á 50 grados durarán exactamente el mismo tiempo, en cuyo caso la fuerza media será justamente 75 grados, ó bien, por el contrario, la fuerza de 100 grados se aplicará durante cierto tiempo (sea un segundo), y la fuerza de 50 grados durante un tiempo diferente (sean dos segundos). La media numérica, que es exacta en el primer caso, deja de serlo en el segundo.»

M. A. Lagrange prefiere añadir al producto P D $p$ el valor de la tensión mínima en esta forma: $C = P\,D\,p + M\,n$. Esta corrección, en la cual se tiene en cuenta también el valor de la presión media en la evaluación del trabajo, es insignificante, puesto que mediante esta fórmula pueden darse casos en los que resulte un trabajo del corazón casi igual en muy distintas circunstancias.

L. A. Amblard divide el producto P D $p$ por la diferencia entre M $x$ y M $n$, de este modo:

$$C = \frac{P\,D\,p}{\dfrac{M\,x}{M\,n}}.$$

Sean, por ejemplo, dos casos:

Primer caso. $M\,x = 20$, $M\,n = 16$
Segundo caso. $M\,x = 12$, $M\,n = 8$

Se tendrá:

$$\text{Primer caso. Trabajo} = \frac{\frac{P\,D\,p}{M\,x}}{M\,n} = \frac{4 \times 80}{1{,}25} = 256$$

$$\text{Segundo caso. Trabajo} = \frac{\frac{P\,D\,p}{M\,x}}{M\,n} = \frac{4 \times 80}{1{,}50} = 213.$$

De lo que resulta que el trabajo del corazón es diferente en ambos casos, sólo por el hecho de la distinta presión, puesto que 80 (número de pulsaciones) y 4 (valor de P D) quedan sin variación.

El profesor Janowski dice que todos los cálculos que se hagan, según estas fórmulas, tienen que resultar falsos, porque las condiciones diferentes de cada experiencia pueden ser la causa de la disminución de P D, á pesar del aumento en el trabajo cardíaco y recíprocamente. En efecto; el corazón no trabaja con la misma intensidad cuando vacía su contenido en un tiempo normal de 0,33 segundos, que cuando lo hace en 0,22, como sucede en los estados febriles. En este último caso, el esfuerzo del corazón es mayor. Se impone, por consiguiente, para servirse de la fórmula P D $p$, una corrección relativa al tiempo, teniendo preestablecido de antemano un A normal, es decir, conociendo el tiempo que normalmente tarda el corazón en vaciarse. Ahora bien; calculando el trabajo de un individuo dado A′ proporcionalmente al trabajo normal A, se debe tener en cuenta que A′ es proporcional al producto de P D′ por la frecuencia de su pulso $p'$, en relación con el P D° $p^0$ normal, y como éste es inversamente proporcional á la relación entre su T A P′ y el tiempo normal del ascenso del pulso, se puede formular:

$$A' = \frac{P\,D'\,p'}{P\,D^0\,p^0} \cdot \frac{T\,A\,P^0}{T\,A\,P'}.$$

Así sea, por ejemplo, 80 el número de pulsaciones de un individuo dado, $p'$; su P D = 59 *m m* Hg., y su T A P = 0,085. Luego, calculando su A′ en proporción al A normal, se tendrá (dado que T A P normal = 0,065 y A P D $p$ por normal = 2500):

$$A' = \frac{4720}{2800} \quad \frac{6{,}5}{8{,}5} = 1{,}4.$$

De donde se deduce que el trabajo del corazón del individuo examinado es 1,4 veces mayor que normalmente.

Otra última conclusión que se ha tratado de obtener de P D, ha sido la de calcular la resistencia que los vasos periféricos ofrecen al trabajo del corazón.

Strasbürger cree que dicha resistencia puede determinarse por su fórmula $\frac{PD}{Mx}$ que en los sujetos normales es igual á 0,254. Este autor opina que esta fórmula da una idea exacta acerca del aprovisionamiento de sangre en los órganos viscerales; pero olvida un hecho que destruye toda la importancia y trascendencia que se ha querido atribuir á dicha fórmula, y es que de las cifras obtenidas de la presión en la arterio-humeral no pueden sacarse consecuencias para calcular el estado de la circulación entera, ó sea de las resistencias existentes en los órganos viscerales más importantes para la vida.

Además, los trabajos de Magnus, Mueller y otros han demostrado el pronunciado antagonismo que reina entre los vasos de las extremidades y los viscerales, y aun en los mismos vasos periféricos, la resistencia á la circulación no solamente puede ser desigual en los distintos territorios, sino sufrir variaciones diametralmente opuestas. Se hace preciso, en vista de esto, para formarse un concepto más exacto de las condiciones de la circulación, conocer, además de la presión sanguínea existente en los vasos de gran calibre, la que reina en los vasos capilares y en las venas. Conviene recordar á este propósito, que en la regulación de la corriente sanguínea interviene no solamente el corazón, sino los grandes troncos arteriales, los capilares y las venas. Las experiencias de Gerhardt prueban que las venas no vierten su contenido obedeciendo únicamente á la fuerza aspiratoria del corazón, sino que á ello contribuyen de una manera activa las contracciones de la membrana muscular de dichos vasos.

Para medir la resistencia de los grandes vasos, Brœcking, acaba de proponer el siguiente método: se determina la presión en la arteria radial en cuatro posiciones distintas de los enfermos: 1.ª, posición horizontal (A); 2.ª, estando el enfermo recostado en la cama con las piernas extendidas (B); 3.ª, sentado el enfermo en la cama con las piernas colgando fuera del lecho (C); 4.ª, posición vertical (D).

En las personas sanas, la presión sistólica es más elevada que en la posición B. En los cardíacos, por el contrario, dicha presión es más baja en la posición B que en A, lo que prueba que los grandes vasos no están en condiciones de regular la repleción de los órganos viscerales por sus contracciones. Esta baja de M$x$ en la segunda posición es la mejor prueba en apoyo de la opinión de Romberg, el

cual entiende que el mayor peligro en las enfermedades infecciosas reside en los vasos, principalmente de los centros vaso-motores de la medula oblongada.

En cuanto á las resistencias periféricas, los trabajos de Cieplajew, Sasaparel, Kolosw y otros han probado que hay casos evidentes en los cuales la presión de la sangre en la arteria humeral (P B*r*) varía en sentido inverso á la de la arteria digital (P G). Cuando P G desciende y P B*r* aumenta, el trabajo del corazón es mayor. Si P G aumenta y P B *r* desciende, la fuerza del corazón está disminuída. Un aumento pasajero considerable en P G y en P B*r*, denota que nos encontramos en presencia de un éxtasis considerable de alta presión, como en la arterio-esclerosis, por ejempo. Pero si las variaciones de P G y de P B *r* nos permiten orientarnos más fácilmente en la determinación del funcionalismo del corazón y de los vasos periféricos cuando dichas variaciones se ofrecen en sentido divergente, en el caso contrario, es decir, cuando dichas variaciones marchan en el mismo sentido, nos encontramos delante de una cuestión que para ser resuelta necesitaría conocer si los obstáculos á la circulación se encuentran entre los vasos pequeños y los capilares ó en los capilares, ó entre éstos y las venas ó en las venas mismas. Es decir, necesitaríamos conocer la presión, no solamente en la arteria humeral, radial y digital, sino también en los capilares y las venas. Estamos en posesión de aparatos admirables para medir la presión capilar en el dedo, como los de Basch y Recklinghausen, pero sería aventurado, hoy por hoy, pretender sacar consecuencias clínicas de las cifras obtenidas por dichos aparatos, porque sin contar las dificultades técnicas que ofrece su colocación, existe el hecho de que las oscilaciones en la presión capilar pueden depender muchas veces de fugacísimas impresiones mentales, y más que nada, hay que señalar las experiencias de Bier, demostrando la perfecta autonomía de los capilares de las diferentes regiones del cuerpo. Así es que, pretender obtener conclusiones sobre el estado de los capilares de todo el organismo por el examen de la presión en una región particular, es perfectamente imposible.

La exploración del pulso capilar por medio de los pletismógrafos de Mosso, Franck, y Hallión y Comte, unido á los datos que proporcionan los aparatos de Riva-Rocci, Gaertner y Pal, demuestra las reacciones del sistema vascular periférico, y puede explicar las variaciones de la repleción sanguínea bajo el influjo del denominado reflejo vasomotor. Desgraciadamente, el procedimiento pletismográfico es poco práctico, y, además, es imposible calcular por sus datos la parte que corresponde á las arterias, venas y capilares, en los obstáculos á la circulación de una extremidad, por ejemplo. Res-

pecto á la presión en las venas, no poseemos un medio seguro para examinarla. Los ensayos practicados con los aparatos de V. Frein, Gaertner y Ciplajew han convencido á los experimentadores de que resulta imposible ejecutar el examen sobre las venas esclerosadas, y de que las pruebas simultáneas con estos aparatos dan cifras completamente opuestas y diferentes.

Resulta, en fin, de lo expuesto que, á pesar de los numerosos trabajos llevados á cabo hasta la fecha, no estamos en posesión de un método exacto para separar lo que es propio de la acción del músculo cardíaco, de lo que se refiere al sistema vascular periférico; es decir, que una diferenciación estricta entre las resistencias de los grandes vasos capilares y venas, resulta hoy por hoy imposible. El examen manométrico nos muestra la presión sanguínea hasta la arteria digital inclusive; pero las resistencias periféricas á la circulación nos son todavía desconocidas en muchos detalles.

Por otra parte, se ha pretendido examinar la capacidad funcional del corazón haciendo ejecutar á los enfermos esfuerzos musculares, tales como levantar pesos, andar mil pasos por minuto, flexionar el antebrazo sobre el brazo, valiéndose del ergostato, subir rápidamente tres tramos de escalera, flexionar las rodillas doce veces, comprimir las ilíacas (procedimiento de Katzenstein), etc., etc., y se ha visto que, en general, un corazón sano responde á una mayor demanda de trabajo por una aceleración del pulso y un aumento en la presión.

En los individuos jóvenes, ambos fenómenos se presentan á la par y son muy evidentes. En los sujetos de edad, lo mismo la aceleración del pulso que el aumento en la presión, se ofrecen con menos intensidad y son más lentos en producirse.

En las personas sanas, la presión y el pulso vuelven rápidamente á la normal, mientras que en los enfermos del corazón la presión no se sostiene, sino que desfallece prontamente y no vuelve á su estado normal sino de un modo paulatino. El procedimiento, sin embargo, no deja de tener un inconveniente: 1.°, que esta manera de examinar la capacidad funcional puede resultar peligrosa para ciertos sujetos con lesiones graves del corazón; 2.°, que existen considerables diferencias individuales, según los enfermos estén ó no habituados á los ejercicios físicos; 3.°, que los resultados obtenidos por diferentes autores respecto á presión y velocidad del pulso después de los esfuerzos musculares, son completamente contradictorios; 4.°, que no poseemos una normal suficientemente definida, en gramos ó en miligramos, á la cual pueda referirse el aumento que en la frecuencia del pulso ó en las oscilaciones de la presión

ocasionan los esfuerzos musculares para poder diagnosticar una capacidad funcional insuficiente.

Y es que tratar de resolver estas difíciles cuestiones biológicas, pretender apreciar el trabajo del corazón por los datos simplemente estáticos de la medida, de la presión y de las cualidades del pulso, necesariamente tiene que resultar un cálculo imperfecto. La presión sistólica y la presión del pulso no se pueden referir á otra cosa sino á la fuerza impulsiva de la sangre, pero no nos pueden dar idea del trabajo dinámico que ejecuta el corazón; de la misma manera que de la presión de la caldera de una máquina de vapor y de las oscilaciones en esta presión, no puede deducirse la capacidad funcional de dicha máquina si no se conocen los otros detalles de su construcción y las resistencias opuestas á su fuerza viva.

Por esto la clínica pide otros medios de conocer el trabajo cardíaco, no utilizando los datos estáticos de P D y de M $x$, sino basándose en una idea dinámica que pueda expresarse en gramomilímetros ó en kilogramómetros. De acuerdo con este nuevo aspecto de la cuestión, el Dr. Sahlí ha propuesto un método, que llama esfigmobolométrico, y que consiste en lo siguiente: Coloca en el brazo del enfermo un manguito Riva Rocci, de 8 centímetros de largo, y lo sujeta á un manómetro, en el cual el mercurio se encuentra contenido en un tubo de cinco milímetros de diámetro.

Sobre el mercurio existe un flotador. Después comprímese la arteria humeral por debajo del manguito, hasta la desaparición de las pulsaciones en la arteria radial, transformando así la parte de arteria situada bajo el manguito en un fondo de saco, en el cual las vibraciones producidas por la presión sanguínea responden á las vibraciones de las paredes arteriales, determinadas por la onda sanguínea que procede de la aorta. Se halla entonces la presión, que coincide con las vibraciones más grandes de la arteria transmitidas al manómetro, y de aquí, por el flotador al papel ahumado. Las ondas se calculan según la siguiente fórmula: A (trabajo) $= \frac{h}{2}(h+H)$ en la cual $h$ representa la altura de la curva balométrica, y H la presión media de la sangre en donde la curva ha sido obtenida. La cifra que resulta da en gramomilímetros el trabajo del corazón, y multiplicando dicha cifra por el número de latidos del corazón, en un minuto, se obtiene en gramomilímetros el trabajo del corazón en esta unidad de tiempo. Naturalmente que por este procedimiento no se determina el trabajo total del corazón (A), sino el trabajo cumplido por la onda sistólica en el sitio donde está colocado el manguito Riva-Rocci *(a)*. Ahora, considerando este trabajo *(a)* como igual á $\frac{A}{n}$, es

decir, como $\frac{1}{n}$ del trabajo total del corazón, habremos de determinar su valor en los individuos normales para poderlo tomar como base de cálculo para los estados patológicos, ya que S (sístole $= \frac{a \text{ (trabajo del corazón)}}{p \text{ (presión de la sangre)}}$. En un caso de enfermedad se obtiene $a'$ del balómetro y $p'$ del manómetro, y decimos: $S' = \frac{a'}{p}$. Calculando la proporción de esta cifra con la $\frac{a}{p}$ normal, vemos si el trabajo del corazón de un enfermo dado, al nivel de la arteria humeral, se realiza en mejores ó peores condiciones que en los individuos sanos. La esfigmobolometría nos proporciona la medida del trabajo cardíaco en estado de reposo; pero si se quiere examinar la capacidad funcional y sus límites, es preciso practicar la prueba en un esfuerzo físico determinado, que es exactamente lo que ha comenzado á realizar Janowski de un modo experimental. De todos modos, parece ser que la esfigmobolometría de Sahlí es el único procedimiento que representa gráficamente todo el trabajo del corazón en la arteria humeral.

Ultimamente, se ha tratado de ver si la *roentgenoscopia,* por medio de los métodos ortodiagráficos y ortofotográficos, se podría utilizar para el diagnóstico de la capacidad funcional del corazón, enriquecidos últimamente con el procedimiento *telefotográfico* de Rosenthal. No podemos todavía formar juicio crítico definitivo acerca de estos procedimientos, sobre cuya utilidad el porvenir decidirá. Partidarios del método ortodiagráfico, como W. Guttmann y De la Campe, no los creen exentos de graves errores. Desde luego, se ha visto que no se puede distinguir bien la punta del corazón que queda en la sombra del diafragma, y que tampoco son precisos los contornos entre la base del órgano y los grandes vasos. Con todo, los trabajos de Moritz, muy especialmente, han demostrado hechos muy curiosos.

Se ha comprobado, en efecto: 1.°, que el volumen del corazón se encuentra disminuído en la posición vertical; 2.°, que en los ciclistas, los límites del corazón son mayores (á veces hasta 3 centímetros) que en estado normal; 3.°, que el choque de la punta del corazón está situado generalmente por encima del vértice; 4.°, que los dos ventrículos contribuyen á la formación del vértice, pero que el choque depende exclusivamente del ventrículo izquierdo; 5.°, que por el punto donde se produce el choque no se puede juzgar de la dirección del borde izquierdo del vértice, porque á veces dicho vértice se encuentra, ya sobre el borde izquierdo del corazón, ya sobre el interno, ya directamente superpuesto; 6.°, que las dimensiones del

corazón aumentan con la talla, pero más especialmente con el peso del cuerpo.

Un nuevo método de examen del corazón consiste en los *electrodiagramas,* obtenidos por medio de un *galvanómetro de cuerdas,* procedimiento dado á conocer por Waller, y puesto en práctica por Einthoven y Cremer. Más recientemente Krauos y Nicolai han ensayado clínicamente este método, y aseguran que las curvas del electrodiagrama, es decir, las oscilaciones del hilo de platino ó cuarzo argentado del galvanómetro, registradas fotográficamente, sufren modificaciones que permiten afirmar determinadas alteraciones del músculo cardíaco.

Como ustedes ven por este ligero bosquejo, que no tiene la pretensión de haber recogido cuanto hay de particular sobre el interesante punto de la presión sanguínea, sino solamente aquellos hechos de más excepcional importancia, á pesar de ser numerosísimos los trabajos dedicados á estas investigaciones, y tenaz el empeño en conseguir consecuencias prácticas fuera de los datos concretos sobre amplitud de pulso, aún es prematuro creer con exactitud absoluta en la determinación verdad del trabajo cardíaco, en las variaciones del volumen de sangre en cada sístole y en las resistencias que puedan oponerse al funcionalismo del corazón.

# REVISTA DE ESPECIALIDADES

POR EL PROFESORADO DEL INSTITUTO RUBIO

## Anestesia.

**¿Qué ventajas presenta la narcosis con una circulación hecha artificialmente más pequeña, y cómo obra la auto-transfusión preconizada por M. Klapp?** Por M. H. Ziegner. (*La Semaine Médicale*, Janvier 1902.)

Para disminuir los peligros de la narcosis, M. Klapp ha propuesto practicar el éxtasis sanguíneo de las extremidades por medio de la compresión con las vendas de Esmarch, y que esta cantidad de reserva puede ser lanzada al torrente circulatorio al menor síntoma de intoxicación, con objeto de diluir la sangre y contrarrestar rápidamente el efecto nocivo producido por el anestésico. M. Ziegner ha podido comprobar, en monos y conejos, que mientras mayor cantidad de sangre ha sido excluída de la circulación general por la constricción de las extremidades, más rápidamente aparece la narcosis, así como, verificada ésta, aflojando las vendas compresoras, los animales sometidos se despiertan rápidamente. Esto se lo explica el doctor citado, diciendo que la penetración en el torrente circulatorio de la masa sanguínea reservada, como está exenta de cloroformo, produce una desintoxicación rápida.

Estas experiencias tan halagüeñas han sido plenamente confirmadas en el hombre, consiguiendo en los individuos sometidos al procedimiento que, uno ó dos minutos después de haber quitado las ligaduras, hayan contestado perfectamente á cuantas preguntas se les han hecho.

Los únicos inconvenientes notados, aunque de poca importancia, han sido un dolor vivo en la herida y alguna ligera náusea, que nunca terminó en vómito, y desapareció rápidamente.

Termina el Dr. Klapp que, dado el valor práctico que dentro de la anestesia general tiene, debe ser sistemáticamente ensayado por los cirujanos.

**Lesiones hepáticas producidas por la anestesia clorofórmica.**
(*Semaine Médicale*, Janvier 1909.)

MM. Doyon, Cl. Gautier y A. Policard dan cuenta en la Sociedad de Biología, sesión del 9 de Enero, de los ensayos practicados á propósito de las lesiones hepáticas producidas por el cloroformo.

Un perro jóven, á las veinticuatro horas de haber sido sometido á la anestesia clorofórmica, durante dos horas y cuarenta y cinco minutos, le han sido extraídas tres porciones de hígado, la primera antes de la anestesia, la segunda inmediatamente después y la tercera seis horas más tarde. El examen histológico de estos trozos ha mostrado, después de la anestesia, gran número de células de formas irregulares, oscuras, con protoplasma homogéneo y acidófilas de núcleo acidófilo, siempre arrugado, á menudo indistinto, que están en vías de degeneración.

Estas células, que son muy raras en el hígado normal, aparecen aún más numerosas (como dos veces más) al cabo de seis horas. Una cloroformización un poco prolongada ejerce una acción necrosante que continúa después de la anestesia.

---

**Anestesia rectal.** (*Gazette Médicale de Paris*, Febrero de 1909.)

La idea de administrar los anestésicos por el ano, data de 1847. Es el célebre cirujano ruso Pirogoff quien presentó la primera comunicación á la Academia de Ciencias de San Petersburgo, sobre el resultado de once operaciones efectuadas con este procedimiento.

En 1884, Daniel Mollière, de Lyón, se expresa así, á propósito de este procedimiento: «Yo creo después de algunas observaciones, que serán las primeras en Francia, que la anestesia por la vía rectal está llamada á prestar grandes servicios.» Ella suprime el período de excitación. Permite dosar exactamente el éter administrado. Reduce á su mínimum la cantidad. Deja amplia libertad al cirujano en las operaciones que se practican en la cara.

Este método ha sido abandonado sin razón.

El autor vuelve á plantear la cuestión de utilidad, demostrada en una comunicación, sobre su proceder, con el cual se evita el paso al intestino de éter líquido, y donde se hace práctica y sin peligro la anestesia rectal.

Cuatro casos (empiema del maxilar, resección del tabique nasal y empiemas del sinus frontal) han sido operados por la anestesia rectal, con un resultado absolutamente perfecto. Las conclusiones de su estudio las resume así:

1.° La anestesia rectal es un método excelente y recomendable

en todas las operaciones de la cabeza y cuello, en las cuales la anestesia inhalatoria molesta al operador.

2.° Este método de excepción no puede ser empleado sino después de preparación conveniente del enfermo (evacuación y lavado del intestino).

3.° Está contraindicado en todas las afecciones agudas y crónicas del intestino.

---

**La extirpación de los tumores del cuello, practicada con anestesia local.** *(Revista de Especialidades Médicas*, Febrero de 1909.)

Para evitar los accidentes que pueden presentarse por la anestesia general en las operaciones de los tumores gruesos del cuello, Bier (de Berlín) preconiza el empleo de la anestesia local, empleando una solución de novocaína al $^1/_2$ por 100, á la cual agrega algunas gotas de suprarrenina. Practica alrededor del tumor una serie de inyecciones subcutáneas, seguidas de otra serie de inyecciones subcutáneas, terminando por inyectar algunos centímetros cúbicos en la profundidad de los tejidos, teniendo cuidado de no herir los vasos importantes de la región. Conviene esperar un cuarto de hora para comenzar la operación.

Según Bier, este método está indicadísimo en la extirpación del bocio y en todos los tumores grandes, aunque sean adherente. Con este procedimiento ha podido extirpar voluminosos cánceres del cuello, así como practicar laringuectomías parciales ó totales, procurando antes insensibilizar la mucosa laringea.

FERMÍN MARTÍNEZ SUÁREZ

---

## Ano é intestino grueso.

**Tratamiento de los prolapsos rectales por el método de Thiersch.** *(Anales de la Academia de Obstetricia, Ginecología y Pediatría*, Noviembre de 1908.)

El Dr. Suñer, de la Facultad de Medicina de Valladolid, cita dos historias clínicas de operaciones practicadas por él, modificando ligeramente el método. Dice así:

«En la primera intervención que hice, á falta de otro guía, pasé el citado hilo—se refiere al de plata que hay que pasar subcutáneamente alrededor del ano—con una aguja curva de tamaño grande, comenzando por uno de los lados perineales del orificio anal, á un centímetro por fuera del mismo. Para completar la vuelta, me vi obligado á sacar la aguja al llegar al extremo coxígeo, puesto que,

en otro caso, se hubiese hecho imposible terminar el recorrido. La volví á introducir en la piel por un punto próximo y paralelo al de salida, completé el paso del hilo por la otra mitad y anudé los cabos que, naturalmente, quedaban hacia el periné. De este modo resultaban, entre los puntos de salida y de entrada de las agujas, coxígeos, un puente cutáneo, que se ulceró á los pocos días, y fue origen de algunas molestias para la enferma, así como de supuración. Deshice lo hecho, repetí de nuevo la técnica, resolviendo sencillamente la dificultad del siguiente modo: la aguja, una vez sacada por el punto coxígeo, la volví á introducir por el mismo orificio; de esta manera el asa resultó totalmente subcutánea.

»Pude comprobar, una vez realizado así el procedimiento, una tolerancia consecutiva perfecta. A los diez días, la niña operada se levantaba y movía la cabeza como si no tuviese ningún cuerpo extraño. Las deposiciones se realizaban dentro de la más absoluta contención del intestino y sin dolores.

»La segunda parte que había que resolver era el tiempo de permanencia del hilo. La primera vez (en la misma enferma) deshice el asa á los veinticinco días; el prolapso se reprodujo; pasado algún tiempo volví á rehacerlo, y entonces mantuve á la enfermita con el pesario tres meses justos. Al cabo de este tiempo seccioné el hilo, lo retiré, y después de una permanencia de veinte días en la clínica, durante los cuales no se observó la más pequeña señal de reproducirse, la di de alta. En cuanto al segundo enfermo, he observado igual tolerancia y contención (puesto á prueba, por tratarse de un tuberculoso de intestinos con grandes diarreas), pero aún no he decidido retirar el pesario. La operación puede realizarse con anestesia local ó general ligera.

---

**Una nueva posición del cuerpo para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del recto y de la S ilíaca.** (*Semaine Médicale*, Noviembre de 1908.)

Habiendo tenido á menudo ocasión de utilizar la posición genupectoral, y de comprobar los efectos que produce desplazando las vísceras abdominales hacia el diafragma, dos médicos americanos, M. M.; los doctores G. S. Nanes, profesor de enfermedades del recto en la Universidad de Louisville, y S. M. Matheus, notaron que, acentuando más este posición, es decir, ranversando más completamente el enfermo—sobre todo, cuando el sacro y el coxis era largo y muy curvado,—se obtenía una distensión más amplia del recto y una mayor extensión de la mucosa intestinal accesible á la vista. Continuando más sus investigaciones, concluyeron por adoptar el ranversamiento completo del paciente, posición que, según manifiestan,

presta excelentes servicios, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de la posición inferior del intestino.

Dichos profesores se sirven de una mesa ó de un sillón de exploración quirúrgica ó ginecológica. El enfermo es colocado de manera que su cuerpo quede suspendido por encima del borde de la mesa y los hombros apoyados en dos sillas, ó bien la cabeza sobre un cojín, y apoyando los codos para soportar el peso del cuerpo.

En esta posición—que puede sin dificultad resistirse de diez á veinte minutos,—las vísceras abdominales son llevadas hacia el diafragma, obteniendo la tensión máxima de la S ilíaca y del recto, que toma la dirección de la línea recta, permitiendo inspeccionar minuciosamente todos los repliegues de la mucosa, sin exposición de herirles con el instrumento explorador.

Se tendrá cuidado, dos ó tres horas antes de proceder al examen, de practicar una amplia irrigación, con objeto de limpiar el intestino.

Según sus autores, la luz solar es preferible á la eléctrica, porque esta última comunica á los tejidos un color rojizo anormal.

---

**Yonización de las fístulas.** *(Revista de Especialidades Médicas,* Noviembre de 1908.)

El Dr. Caré recomienda el tratamiento de las fístulas anales, especialmente las ciegas, que no sufran la infección constante, asepti zándolas por medio de yon-zinc, primeramente, y sosteniendo la asepsia del trayecto por el cloruro de zinc y luego por el yodo.

La técnica empleada es la siguiente: exploración cuidadosa de la fístula para elegir la sonda que más pueda ajustarse al diámetro del trayecto, y no más de un milliamperio por centímetro cuadrado de superficie útil de la sonda; sesiones de una y media á dos horas, por tres días seguidos, y reemplazo de la sonda por una mecha empapada en solución de cloruro de zinc al 1 por 100.

El efecto es aseptizar todo el trayecto fistuloso, y por tanto, es indispensable aplicar la sonda yonizadora á todos los trayectos hasta el fondo, y si al cesar la supuración la cicatrización no se presenta, recurrir á las inyecciones yodadas, 2 de tintura para 8 de agua destilada, y c. s. de yoduro de potasio.

Los casos de trayectos complicados que no puedan ser tocados totalmente por la sonda yonizadora, no son suceptibles de curación por este método.

---

**Elección de la incisión en la operación de apendicitis.** *(Revue Française de Médecine A. de Chirurgie*, Novembre de 1908.)

El Dr. M. J. Poncel establece las indicaciones para la elección del procedimiento del modo siguiente:

*Apendicitis aguda sin peritonitis.*—Como quiera que la infección está aún localizada, se preferirá la incisión de Jalaguier, que permite reconstituir más solidamente la pared abdominal. En estos casos la operación debe ser precoz.

*Apendicitis aguda con peritonitis localizada.*—Si el absceso es superficial y el plastrón hace presagiar adherencias suficientemente sólidas, es conveniente emplear la incisión de Roux ó la de Grinda, decolando cuidadosamente el peritoneo hasta el foco.

*Apendicitis aguda con peritonitis generalizada.*—Incisión media que permite explorar ampliamente y establecer las contra-aberturas y el drenaje conveniente. Esta grave operación debe hacerse con la mayor rapidez para evitar el shock que suele producir.

*Apendicitis en frío.*—La incisión de Jalaguier que pone con seguridad al abrigo de la eventración.

*Apendicalgias: Apendicitis de diagnóstico incierto.*—En estos casos hay que hacer un análisis minucioso de los síntomas, teniendo en cuenta que el elemento dolor puede ser ocasionado por diversas afecciones, para deducir con más probabilidades la incisión conveniente.

*Apendicitis con lesiones anexiales.*—No es raro ver coexistir las dos afecciones, pues las relaciones de los anejos derechos con el apéndice son mucho menos íntimos de lo que se ha pretendido. Es de elección la incisión media, pues permite llevar á cabo la extirpación de los dos procesos.

Dr. Fermín Martínez Suárez

## Cirugia del aparato digestivo.

**La gastritis flegmonosa; su tratamiento,** por E. Cheinisse. (*Am. Journ. of med. Science*, Mayo 1908. *Sem. Médicale*, 2 Diciembre 1908.)

La confusión existida largo tiempo entre la linitis plástica y la supurativa (Brinton) no tiene razón de ser; las dos afecciones han sido estudiadas sobre frecuentes ejemplos, confirmados por la anatomía patológica.

La gastritis flegmonosa es, aunque rara, una individualidad morbosa, que se presenta bajo dos formas: flemón circunscrito y difuso.

En la circunscrita el absceso se forma en la capa submucosa, sin interesar las otras túnicas. En la difusa nace en la submucosa, pero gana las otras y hasta los órganos vecinos.

Se concibe la posibilidad para estas colecciones purulentas de abrirse en la cavidad gástrica y curar con estenosis consecutiva, ó bien, de hacerlo al exterior, originando una peritonitis purulenta.

Puede ser primitiva, pero las más de las veces es secundaria. Se la ha visto suceder al flemón submucoso del esófago, á metastasis infecciosas en la viruela, la escarlatina y la fiebre puerperal, y en particular y con más frecuencia como consecuencia de la gastritis crónica. Como en otras regiones se busca á veces, sin encontrarla, la puerta de entrada de la infección microbiana; pero la lógica tiende actualmente hacerla admitir.

El flemón circunscrito origina induraciones gástricas, y si se comprueban vómitos purulentos y fiebre, como en los casos en que el absceso se vacía mal, pueden poner en camino del diagnóstico.

En la forma difusa todo signo local puede faltar; lo que domina es el cuadro de una infección generalizada, con cara terrosa, dolores subcostales, hipertrofia del bazo y albuminuria. Si la reacción peritoneal es muy acentuada, las dificultades pueden ser extremas; sin embargo, conviene conceder gran importancia á la presencia del pus en los vómitos, comprobada por el microscopio. Aun la forma grave es susceptible de curar.

¿Qué hacer en presencia de esta afección reconocida ó sospechada? Ante todo, tratamiento sistemático, hielo *intus et extra*, morfina, etc. Pero hay formas difusas que exigen la intervención inmediata. Ésta será á veces diferida, y se ensayará con prudencia el cateterismo y el lavado del estómago para evitar la rotura de la pared por hiperdistensión.

El tratamiento quirúrgico será el de la peritonitis por perforación gástrica, ejecutado con éxito por Mikulicz en un caso en que se limitó á abrir y taponar. Pero la incisión no será eficaz más que si es precoz. En un absceso circunscrito la incisión de éste, seguida de gastrostomía, en una mujer embarazada de seis meses, proporcionó una curación notable á Bovèe.

---

**Cuatro casos de gastrectomía extensa,** por P. Docq. (*Annales de la policlinique centrale de Bruxelles*, núm. 4, 1908.)

Después de un estudio rápido de los medios de diagnóstico precoz del cáncer, que sólo puede asegurar á la cirugía del estómago el porvenir brillante al que parece llamada, afirma que la existen-

cia de una neoplasia maligna en el estómago podrá ser admitida: 1.°, si hay disminución del ácido clorhídrico en el análisis de la comida de prueba; 2.°, si existe aumento de las fermentaciones, en particular de ácido láctico; 3.°, si se comprueba la existencia de sangre, por la reacción de Weber, en los líquidos gástricos procedentes de una comida de prueba.

En los cuatro casos hizo gastrectomía extensa hasta no conservar en uno más que pequeña porción del fondo mayor, siendo siempre compatible con funcionamiento digestivo que no deja nada que desear.

Para establecer la continuidad del tubo digestivo, ha dado preferencia á la oclusión en bolsa del duodeno y á la implantación del yeyuno en la porción restante del estómago. En los otros casos cierra igualmente el estómago en bolsa, y termina haciendo la gastroenterostomía posterior.

---

**Nuevo tratamiento de la apendicitis,** por Heinrich Jaeger. (*Munch. med. Woch.* 17 Noviembre 1908.)

Con este nombre comprende el tratamiento de Bier por las ventosas aplicadas sobre toda la región de la fosa ilíaca derecha durante una hora, aproximadamente.

Este tratamiento no concierne más que á los casos en los cuales la operación no es necesaria.

Durante los dos ó tres primeros días, el enfermo es puesto á dieta y no toma ningún medicamento. A partir del tercero ó cuarto, toma alimentos líquidos, y la aplicación de ventosas no se hace más que una vez por día.

En los casos graves añade irrigaciones intestinales permanentes con la solución salina.

Bajo la influencia de este tratamiento, los dolores han cesado definitivamente, á partir de la cuarta ó quinta aplicación de ventosas. La fiebre comenzó á descender en todos los casos desde la primera sesión, y la duración de la enfermedad ha variado de cuatro á trece días. No ha habido recidivas. Ningún enfermo ha sido purgado, ha tomado opio ni se le ha puesto hielo sobre el vientre.

Si la operación está indicada, se puede todavía con ventaja hacer aplicaciones de 16 á 20 ventosas secas durante veinte á veinticuatro minutos, cada tres horas, esperando el momento de intervenir.

R. L. y Yagüe

## Cirugía infantil.

### Ectopia testicular.

El Dr. Villemin, del Hospital Bretonneau, ha dado una interesante conferencia en la *Association d'Enseignement médical des hôpitaux,* de París, sobre la ectopia testicular, y creemos oportuno ocuparnos sumariamente de los principales extremos de que trató en su notable disertación el citado doctor.

El testículo está ectopiado cuando se detiene en un punto de su natural emigración, ó cuando se desvía del camino que recorre normalmente. En el primer caso, la emigración es incompleta, y en el segundo, defectuosa.

La emigración comienza al principio del cuarto mes de la vida intrauterina; el testículo se presenta en el orificio profundo del conducto inguinal al sexto mes, y llega al fondo de las bolsas al final del octavo. Va precedido en su descenso de una porción del proceso peritoneo-vaginal, recorriendo todo el trayecto que media entre la parte interna del cuerpo de Wolff hasta el fondo del escroto.

Según Villemin, la frecuencia con que se presenta la ectopia testicular se aproxima al 8 por 1.000. En cuanto á su patogenia, hállase bastante confusa en la actualidad, siendo muchas las hipótesis emitidas para explicarla: entre éstas, figuran principalmente la brevedad del *mesorquium;* adherencias intra-abdominales, consecutivas á peritonitis; ausencia, insuficiencia ó inserciones viciosas del *gobernaculum testis;* barrera muscular, formada por fibras del oblicuo interno y del transverso; estrechez del conducto inguinal; cordón corto ó con adherencias, etc., etc. La ectopia algunas veces es hereditaria, y frecuentemente se observa en pequeños degenerados. Nosotros hemos visto coincidir una ectopia testicular doble con un hipospadias que operamos en el Instituto á principios del curso pasado, y de la cual nos ocupamos en esta REVISTA.

Las ectopias se denominan según el sitio de implantación del teste, bien sea en su camino normal ó en el anómalo que recorre; pero entre esta variedad de formas, la más interesante, tanto por su frecuencia como por el tratamiento quirúrgico que la corrige, es la ectopia inguinal.

El testículo ectopiado, por regla general, se halla atrofiado. El examen histológico enseña que en el niño la integridad epitelial es completa, si bien el tejido conjuntivo es más abundante en los intersticios intercanaliculares, en el cuerpo de Highmoro y en la albuginea. Dada esta estructura casi normal, es de suponer que, una vez colocado en su sitio el teste, se impedirá su degeneración. Después

de la pubertad sufren una transformación gránulo-grasosa las células epiteliales de los testes ectopiados; más adelante, la esclerosis pericanalicular invade gradualmente al órgano hasta su atrofia total.

De estos hechos, bien comprobados, se desprende, por un lado, la importancia que tiene el conservar en el niño el testículo ectopiado, así como la necesidad de llevarle á su sitio normal; y por otro, la inutilidad de este órgano en el adulto.

El problema relativo á la fecundidad ó infecundidad de los criptorquídeos es muy complejo, y se presta á consideraciones sociales ajenas á toda investigación científica. A este intento, cita Villemin el hecho siguiente, sobre el que no es necesario insistir: Luton y David han conseguido que un galgo criptorquídeo, y cuyo esperma no contenía espermatozoides, cubriera á una galga, que se hizo preñada, y parió seis... perros, de pelo largo, patas cortas y hocico chato, prueba elocuente de la infidelidad de la galga.

Aun cuando aparentemente la ectopia testicular en algunos casos no se acompaña de hernia, con frecuencia en el acto operatorio se descubre su existencia, ó cuando menos, la permeabilidad del conducto peritoneo-vaginal.

La ectopia unilateral no imprime ninguna modificación ostensible en el aspecto exterior del individuo que la padece. Los que presentan ectopias dobles ofrecen dos tipos distintos: en el primero se manifiestan todos los atributos externos de la virilidad: apetitos sexuales intactos, voz varonil y barba abundante. Estos sujetos no son impotentes, pero son infecundos. El segundo presenta los caracteres exteriores del feminismo: pelvis ancha, formas redondeadas, sistema muscular poco desarrollado, mamas abultadas, voz infantil, etc., etc. Unos y otros se asemejan á los eunucos, que igualmente tienen aspecto distinto, según han sido castrados, en edad temprana ó después de llegar á la edad adulta.

Los que presentan ectopias abdominal ó ilíaca son los que se asemejan á seres afeminados; los que tienen ectopia inguinal mantienen los caracteres masculinos. Unos y otros son infecundos; pero en la ectopia inguinal es permitido creer que, si bien las lesiones conjuntivas del testículo dificultan la circulación y evacuación del esperma, como acontece en el teste blenorrágico, en cambio permiten subsistir una secreción orgánica interna, cuya esencia ignoramos, que juega un papel importante en la génesis del sentido genital y en el desarrollo general del individuo.

En cuanto al diagnóstico de la ectopia inguinal, no hay nada más sencillo, si se pone un poco de cuidado al observar el estado de las bolsas y de todo el trayecto que media entre éstas y el conducto inguinal.

Los fenómenos subjetivos anormales pueden no presentarse hasta la edad de la pubertad, en la cual coincide un ligero aumento de tamaño de la glándula, con la sensación de dolor, que exagera la marcha, la tos, cualquier esfuerzo, y en ocasiones, el frío. Las crisis dolorosas son en ocasiones tan intensas, que los enfermos piden con vehemencia se les someta á una castración. Nosotros presenciamos hace muchos años un caso de esta naturaleza.

La orquitis blenorrágica se presenta con más frecuencia en el testículo ectopiado que en el otro; en tal caso, si persiste la permeabilidad del conducto peritoneo-vaginal, puede generalizarse la peritonitis desarrollada en la serosa que envuelve el testículo; la ectopia facilita el desarrollo de las enfermedades orgánicas del testículo: el epitelioma, el sarcoma ó el cáncer mixto.

En cuanto al tratamiento, un autor clásico (Duplay, 1888) repetía esta frase de Gosselin: «La criptorquidia inguinal, acompañada de hernia, es frecuentemente una enfermedad incurable, exigiendo el reposo y excesivas precauciones.»

Esta terapéutica expectante hoy no se puede ni se debe seguir, por regla general, sino en los casos en que, por los pocos años del paciente, se pueda esperar un descenso completo del teste en las ectopias inguinales ó en aquellas ectopias abdominales y pélvicas de difícil diagnóstico y aplicación imposible de la orquidopexia.

Las indicaciones de la orquidopexia se presentan con la mayor precisión en los siguientes sujetos:

1.° Niños que padecen hernia concomitante, tan pronto como su edad lo consienta (en nuestra opinión, de dos años en adelante).

2.° Adolescentes antes de llegar á la pubertad, es decir, antes de la época de la atrofia definitiva y de la aparición de dolores, debidos al aumento de volumen del órgano alojado en un conducto estrecho. Á la edad de diez años no se puede esperar en una emigración espontánea; y

3.° Los enfermos expuestos á crisis dolorosas ó á los accidentes de estrangulación herniaria.

Los accidentes graves, como la torsión del cordón con amenaza de esfacelo del testículo, la supuración de la vaginal con propagación al peritoneo y las neoplasias, exigen la castración.

Una vez que la orquidopexia hállase indicada, bien sea por las molestias que determina la posición anormal que ocupa el teste, ó con el fin de evitar su atrofia y degeneración, y con doble motivo si dicha ectopia va acompañada de hernia, cosa frecuente, ¿qué procedimiento debe seguirse?

La fijación del teste al fondo de la bolsa es ineficaz, porque no ofrece aquélla la menor resistencia en el caso de que dicho órgano

sea solicitado por nuevas tracciones; así lo ha comprobado repetidas veces el Dr. Villemin.

Max Schüller, Mignon y Lucas Championner han aconsejado seccionar todos los elementos del cordón, exceptuando el conducto deferente y la arteria espermática. Difícil es comprender que la vitalidad del teste se sostenga una vez seccionados sus nervios y vasos casi en totalidad.

La fijación del teste con un hilo que le atraviese, y que se sujeta después á un vendaje colocado en la rodilla ó á la piel del muslo ó del periné, entre otros inconvenientes, tiene el de que, á través del hilo que sirve para la fijación, puede infectarse el órgano fijado.

Otros muchos procedimientos, no menos defectuosos, se han empleado para llevar á cabo una orquidopexia.

Desde el año 1899, Villemin ha practicado, según dice, más de 300 orquidopexias por un procedimiento de fijación que él ideó, y que consiste en hacer un hojal en el tabique escrotal, sujetando á través de él, con un punto dado con seda, el testículo ectopiado al otro teste.

Dicho se está que, antes de llegar á este último tiempo de la operación, es necesario: liberar el cordón de todas sus adherencias al conducto inguinal; romper las bridas musculares del cremáster ó fibrosas que existieran; cerrar el conducto inguinal; obliterar también el nuevo camino que se hace en el acto operatorio para llevar el teste á la bolsa escrotal, así como crear esta bolsa, cuando no existe, con presiones reiteradas hechas con el pulgar, de dentro á fuera, sobre el escroto.

Nosotros hemos practicado dos orquidopexias por el método de Villemin: una sencilla, del lado izquierdo, y la otra doble. En los dos casos ha sido completamente satisfactorio el resultado, no sólo en el sentido de desaparecer las molestias, muy acentuadas, á pesar de hallarse los dos pacientes en la adolescencia, sino el de despertarse la función genésica, que, si no extinguida completamente, apenas si daba señales de vida.

Por esta razón, estimamos, como Villemin, que su procedimiento es eficaz, y debe ser empleado siempre que nos propongamos hacer una orquidopexia.

PABLO LOZANO

## Ginecología.

**La fibrolisina en los exudados del aparato genital interno**, por el profesor Raineri. (*Archivio italiano de Ginecología:* Noviembre de 1908.)

En la última reunión anual de la «Sociedad italiana de Obstetricia y Ginecología», presentó el profesor Raineri (de Vercelli) una

comunicación acerca de los resultados satisfactorios que se obtienen con las inyecciones subcutáneas de fibrolisina en los exudados crónicos que interesan los órganos genitales internos; y es tal su eficacia en las retrodesviaciones adherentes, que se logra con este medio practicar al poco tiempo la reducción manual ó instrumental.

Al discutir esta comunicación los profesores Resinelli y Clivio, se mostraron conformes en la apreciación de los buenos resultados obtenidos con la fibrolisina, pero uniendo á este medio los demás que se vienen empleando, como la terapéutica de Bier (baño y aire calientes), inyecciones subcutáneas yódicas, etc. Las inyecciones de fibrolisina se emplean á la dosis de un centímetro cúbico en cada sesión.

Hemos recurrido, tanto en la clínica como en la consulta particular, á las inyecciones de tioxinamina y de fibrolisina para tratar las inflamaciones crónicas celulares, peritoneales y anexiales que han llegado al período de esclerosis, y, en honor á la verdad, debemos decir que si bien es cierto producen alivio en las molestias determinadas por los exudados y las adherencias, no son tan maravillosos sus efectos que aquéllos se resuelvan y éstas se reblandezcan y aflojen. Tal vez sea debido á no emplear el remedio el tiempo necesario; pero algunas enfermas han recibido hasta 16 y 20 inyecciones en días alternos. En una tuvimos que suspender el tratamiento, porque siempre se presentaba fiebre después de cada inyección.

---

**La fiebre reumatoidea premenstrual de las jóvenes, por Riebold.**
*(Deut. Arch. Klin. Médic.*, 1908, vol. XLIII.)

El D. Riebold describe un nuevo tipo de fiebre menstrual, la fiebre reumatoidea de las jóvenes, cuyos síntomas y cuya evolución describe de esta suerte:

Uno, dos ó tres días antes de la regla, la joven es acometida por la fiebre, que ordinariamente oscila alrededor de 38°, pero que puede llegar á 40°, y después la temperatura desaparece por lisis y vuelve á la cifra normal en el espacio de tres ó cuatro días.

Por tanto, el movimiento febril dura, según los casos, de cuatro á siete días, y se acompaña regularmente de fenómenos generales (abatimiento, inapetencia, dolor de cabeza, lengua saburrosa, estreñimiento, etc.) y dolores articulares, que constituyen uno de los puntos más salientes y característicos del síndrome.

En los casos ligeros, estos dolores son fugaces; en los casos graves, adquieren los dolores mucha intensidad y se acompañan de tumefacción de las articulaciones, que generalmente son las de las

manos y los pies. Nunca se observan exudados intraarticulares muy apreciables; pero las articulaciones cogidas acaban por deformarse si los ataques sobrevienen con ocasión de las reglas ó se repiten con frecuencia.

Como en el reumatismo poliarticular, pueden observarse en esta fiebre premenstrual síntomas por parte del corazón. Alguna vez, desde el segundo ó tercer día, se encuentra una dilatación del corazón, soplos sistólicos ó diastólicos, arritmias, desdoblamiento, dolor, latidos, etc. Otras veces son atacados el pericardio y la pleura. Este cuadro se parece, con el mal estado general, al de un tifoideo con albuminuría y cilindruria ligera, con hipertrofia del bazo, con hipoleucocitosis y fórmula hematológica, en la que predominan los linfocitos.

Con la aparición de la menstruación cesa el ataque en los casos ligeros; pero cuando éste se repite varias veces, no es raro encontrar artritis constituídas y lesiones valvulares del corazón. Riebold expone luego las teorías inventadas para explicar la patogenia de esta enfermedad. Consiste la primera en querer clasificar esta fiebre en el grupo de los reumatismos infecciosos, pero desconocemos el agente causal; en una y otra, el salicilato de sosa no tiene acción ninguna.

La segunda teoría supone que esta fiebre reumática premenstrual depende de una anomalía de la secreción ovárica, por virtud de la cual el ovario suministraría un producto verdaderamente tóxico, que, en el momento de la ovulación, pasaría á la sangre y provocaría los síntomas de la fiebre reumática premenstrual. Para Riebold, la primera teoría es la que ofrece más garantía.

El tratamiento de esta fiebre es puramente sintomático. Además del salicilato, se ha administrado la opoterapia, sin gran resultado. En estas condiciones, el autor se pregunta si en los casos graves no estaría justificada la castración, en vista de que, cualquiera que sea la causa de dicha fiebre, es siempre la ovulación la que la pone en actividad.

---

**Las bacterias del útero puerperal,** por los Dres. Lea y Sidebothan. *(Journal of Obst. and Gynecology*, Enero de 1909.)

En este luminoso trabajo estudian sus autores los gérmenes que viven en el tractus genital y la manera de conducirse durante el puerperio, llegando á las siguientes conclusiones:

1) En una serie de 58 casos, en los que la secreción loquial fué examinada entre el segundo y el noveno día del puerperio, se encontraron organismos en el conducto cervical y en la cavidad del útero, en la proporción de 80 por 100 de observaciones.

2) Muchas veces estos organismos son los mismos que se demostraron en la secreción vaginal durante el embarazo, y que luego han ascendido durante los primeros días del puerperio.

3) En la mayor parte de los casos, la presencia de los organismos no influyó para nada en el curso del puerperio.

4) Se cultivaron estreptococos en el 20 por 100 de los casos, y con frecuencia se demostró su poder hemolísico.

5) La presencia de estreptococos hemolísicos en la secreción uterina ó vaginal no puede ser considerada, en sí misma, como una indicación de la existencia de una infección.

Siendo imposible en la actualidad establecer una distinción marcada entre los estreptococos existentes en el flujo loquial que se comportan como saprofitos, y aquellos otros que producen la infección puerperal, puesto que ni por sus caracteres morfológicos, ni por los de sus cultivos, se puede colegir su poder patógeno, los autores de este trabajo, siguiendo la corriente iniciada en estos últimos años, han querido resolver la cuestión estudiando el poder hemolísico de dichos gérmenes, como indicación de su virulencia. El método que han seguido en sus investigaciones, y que les ha llevado á sentar las conclusiones arriba expuestas, no deja de ser importante. Colocada la puérpera en posición ginecológica, se desinfecta bien la vulva, y se pone al descubierto el cuello uterino con una valva introducida en la vagina, deprimiendo la pared posterior de este conducto. Fijado el cuello con una pinza de garfios, y bien limpio por medio de torundas de algodón esterilizado, se introduce en la cavidad uterina hasta su fondo un largo tubo incurvado de cristal, previamente esterilizado, y se recoge por aspiración con una jeringa la mayor cantidad posible de secreción loquial de dicha cavidad.

*Preparación de las placas.*—La sangre debe recogerse de la vena mediana basílica de un individuo sano, procurando hacer una perfecta desinfección de la piel del brazo, que se vendará como para una sangría, con gasa esterilizada, á fin de evitar toda contaminación, empleando para el recogido de la sangre una jeringuilla de cristal, modelo Luer, lavada con una solución estéril de citrato de potasa, á fin de evitar la coagulación prematura de la sangre. Introduciendo entonces en la vena la aguja esterilizada de la jeringa en dirección opuesta á la corriente sanguínea, se extraen rápidamente 10 centímetros cúbicos, de los que se añaden en seguida 2 c. c. á 5 c. c. de una solución de agar en un tubo testigo; después de hecha la mezcla de un modo completo, se vierte en placas de Pétri.

*Modo de cultivo.*—El contenido loquial del tubo uterino se siem-

bra sobre esta mezcla fresca de sangre y agar, por medio de una espátula hecha con una hoja de platino, esterilizada, y se llevan las placas á la estufa á 37° c. en posición invertida, á fin de prevenir la condensación de agua sobre la superficie de agar. Las placas se examinan á las veinticuatro y cuarenta y ocho horas, haciendo en un cubreobjetos preparaciones de cada variedad de las colonias que aparecen en aquéllas.

De este modo pudieron observar el fenómeno de la hemolisis, al cabo de veinticuatro horas unas veces, siendo otras preciso esperar á las cuarenta y ocho horas, ó sea al segundo día. Y era tan característico el hecho, que cada colonia hemolísica estaba rodeada de una zona blanca de absorción, en la cual, vista al microscopio, había desaparecido completamente la hemoglobina. El resultado en las 58 observaciones fué el siguiente: 12 casos estériles, y en 46 había micro-organismos, apareciendo el mayor número el segundo y tercer día del puerperio, y decreciendo progresivamente hasta el noveno, manifestándose el poder hemolísico del estreptococo piógeno en 5 casos y en 7 no; el del estafilococo piógeno, en 26 casos y en 27 no.

El puerperio en 53 enfermas fué infebril, lo que demuestra la ninguna influencia que ejerció la presencia de micro-organismos en el estado de las puérperas; dedúcese además de estas observaciones, que pueden existir estreptococos hemolísicos en la secreción loquial, sin que por ello ocurra una infección. Quizá influya en este resultado el número escaso de gérmenes y su más escasa virulencia, aparte de que, según las observaciones de Krönig, la cavidad uterina se encuentra ya protegida al quinto día de puerperio por una capa epitelial perfectamente desarrollada.

De cualquier modo, estos estudios resultan muy interesantes, y deben ser continuados.

Dr. Gutiérrez

## Medicina del aparato digestivo.

### Las intoxicaciones por el subnitrato de bismuto administrado al interior.

R. Bensande y E. Agasse-Lafont publican, en *Archives des Maladies de l'Appareil Digestif et de la Nutrition,* correspondiente á Enero de este año, un notable trabajo estudiando los accidentes que se producen por el subnitrato de bismuto administrado al interior, y determinando las circunstancias que los motivan y su patogenia.

Estas intoxicaciones se presentan bajo dos formas clínicas muy diferentes. La una rara, de evolución lenta, con síntomas de larga

duración, y que tiene grandes analogías con la intoxicación externa: estomatitis, manchas bucales, lesiones gastro-intestinales y albuminuria.

La otra presenta los caracteres de ciertos envenenamientos descritos ya por M. Hayem. Su marcha es diferente, su presentación brusca, su evolución rápida, terminando en algunas horas, y todo lo más en algunos días, por la curación ó la muerte. Esta esencialmente caracterizada por la disnea, la taquicardia, la hipotermia, las convulsiones y sobre todo la cianosis excesiva con methémoglobinemia.

En la mayor parte de los casos de accidentes se ha podido probar que la sal era químicamente pura. Además, la presencia de plomo, cobre ó arsénico no podía dar lugar más que á los accidentes del primer grupo, y no explicaría la methémoglobinemia.

Una intoxicación por el subnitrato de bismuto químicamente puro no puede ser atribuída más que á dos causas: intoxicación por el ácido ó intoxicación por el metal.

Hoy no es dudoso el hecho de que el bismuto, independientemente del ácido al cual va unido, pueda tener una acción nociva.

Se ha demostrado, para apoyar la hipótesis de una intoxicación por el bismuto mismo, que una de sus formas clínicas, por lo menos, presenta síntomas muy análogos á los que pueden producir otros metales; por ejemplo, el mercurio ó el plomo: estomatitis, lesiones del tubo digestivo y de los riñones.

Se ha probado que en ciertas circunstancias las sales insolubles pueden penetrar en el organismo é intoxicarlo. El subnitrato de bismuto, en presencia de una llaga, es decir, en un medio alcalino y albuminoso, forma albuminato de bismuto, sal soluble y fácilmente absorbida. Por consecuencia, también al interior el subnitrato es tóxico cuando permanece en un medio alcalino, el intestino, y su absorción puede explicarse por el mismo mecanismo que sobre las llagas.

Bensande y Agasse-Lafont razonan extensamente estas formas clínicas; recuerdan la hipótesis de Sailer sobre la intoxicación por los nitritos; las experiencias de Böhme, los ensayos de Erich Meyer, y deducen que, ya sea la influencia del medio alcalino para la transformación del subnitrato en sal soluble ó la influencia de las bacterias intestinales para la producción de nitritos, lo que parece ser peligroso es exclusivamente la detención y permanencia del subnitrato de bismuto en el intestino.

Se plantea después el asunto relativo á reemplazar el subnitrato de bismuto por otro metal no tóxico ó por otra sal, llegando á las siguientes conclusiones:

Al lado de un punto que hoy no es dudoso (la posibilidad de una intoxicación del subnitrato al interior), hay una cuestión todavía en estudio, la de saber si se puede con ventaja sustituirlo por otro metal ú otra sal. Es prematuro proscribirlo: tan grande es su eficacia en terapéutica gástrica, tan frecuente ha sido su empleo, tan raros han sido los accidentes y en circunstancias tan especiales y tan bien definidas, que no es fácil encontrar otro medicamento del mismo valor que presente un manejo tan fácil y tal inocuidad.

Todo debe reducirse á limitar su empleo.

En radiología, reemplazar el subnitrato por el carbonato de bismuto que, según varios pareceres, entre otros el de M. Béclére, da también buenos resultados. En todo caso, no emplear nunca la vía rectal.

En terápéutica gastro intestinal, abstenerse de darlo á los niños cuya flora intestinal parece particularmente dispuesta á transformarlo en sal nociva.

En los adultos no titubear en utilizar sus maravillosas propiedades analgésicas, no pasando de 20 gramos por día.

Hay que evitar su empleo á altas dosis, por un lado en los enfermos que hayan sufrido una gastroenterostomía, y por otra parte, como lo ha aconsejado siempre el profesor Hayem, cuando se sospecha una retracción del intestino.

Dr. López Campello

## Medicina interna.

**Nueva contribución al estudio de la vacunación y de la inmunización antituberculosa,** por el Dr. Rappin. (Comunicación presentada al Congreso de la Asociación francesa para el adelanto de las ciencias.)

El autor se muestra cada día más convencido, dice, de que el método más seguro de vacunación y de inmunización antituberculosa hay que buscarlo en la utilización de los cuerpos contenidos en el bacilo tuberculoso y de las endotoxinas de este bacilo.

En sus primeros ensayos empleó el bacilo humano, modificado por la desecación en el vacío. Ahora se vale de la acción del fluoruro de sodio para modificar los bacilos después de despojarlos de su envoltura ciro-grasosa, y también utilizó la acción de las secreciones de ciertas especies saprofíticas, las cuales, asimismo desprovistas de toda virulencia, contienen los cuerpos bacilares con todas sus propiedades necesarias para suscitar la reacción de inmunización. Estos bacilos, modificados, desprovistos de virulencia, pero conservando los principios activos del protoplasma bacilar y las en-

dotoxinas, son los que el autor emplea actualmente con el nombre de *bacilasas*.

Primeramente, ha experimentado la acción de dichas bacilasas en el caballo y en el perro; después, sobre el carnero, y en la actualidad trabaja sobre los bóvidos. Las bacilasas, en inyección subcutánea, provocaron reacciones sumamente violentas en estos animales. Esta sensibilidad á las primeras inyecciones va disminuyendo paulatinamente, lo cual permite esperar que dentro de poco se conseguirá en los bóvidos, como antes en los perros, una inmunización suficiente para la inyección de prueba.

Estos experimentos se han practicado también sobre vacas lecheras, con el objeto de ver si se encontraban en su sangre propiedades inmunizantes, y no solamente en la sangre y en el músculo, sino en la misma leche. Poco tiempo después de la inoculación intravenosa de bacilos modificados, se hallan en la leche los mismos principios solubles inyectados, y además sustancias antitóxicas, cuyas propiedades constituyen el principal objeto de estudio del Dr. Rappin, en la actualidad.

---

**Tratamiento de la bronquitis capilar**, por Le Gendre. (*Journal des Praticiens*, 24 Octubre 1908.)

En las formas asfíxicas, congestivas, se tratará de obtener una vaso-constricción refleja por medio de las envolturas frías con compresas de muselina empapada en agua, y dejadas rodeando el tórax por espacio de un cuarto de hora.

En las formas cardioplégicas, estas aplicaciones exponen al colapso. Por consiguiente, es preferible utilizar las inyecciones subcutáneas de esparteína, cafeína y aceite alcanforado. En las formas hipertérmicas se recurrirá á los baños gradualmente enfriados (de 38 á 25°), cada tres horas. La envoltura total por medio de la sábana mojada se aplicará en los casos de convulsiones subintrantes ó estado comatoso.

Como terapéutica medicamentosa, se hace uso de las inyecciones subcutáneas de suero artificial (de 25 á 300 c. c.) y de enemas frios, pero absteniéndose de la antipirina, fenacetina, quinina, etc.

En la convalecencia, si persiste la depresión, convendrá un régimen tónico, jugo de carne, etc.

---

**Aumento de la temperatura local**, por Vogel. (*Münchener Medicinische Wocheschrift*, Septiembre 8, 1908.)

El autor reconoce que Peter fué el primero que observó en los procesos inflamatorios pulmonares que la temperatura en la axila del mismo lado de la fluxión pulmonar era más alta que en el lado

opuesto. Esta diferencia tiene su natural explicación en la producción de calor que los fenómenos inflamatorios originan, el cual es transmitido á las paredes de la axila.

Vogel ha observado que tales diferencias en la temperatura son asaz frecuentes, y tienen lugar, no solamente en las afecciones agudas del pulmón, sino también en los padecimientos crónicos localizados en un lado del tórax. La diferencia en la temperatura axilar es, sin duda, un signo de valor que contribuye al diagnóstico, en el sentido de indicarnos qué lado ó qué pulmón es el más afectado por el proceso inflamatorio agudo ó crónico. En la tuberculosis, esta diferencia constituye un guía de importancia, que nos señala el lado en que el proceso es más activo.

A. Mut

## Medicina legal.

**La patologia del rene nel feto e nel neonato in rapporto alle cause naturali di morte,** por Emilio Di Mattei. (*Il Tommasi. Guiornale di Medicina e Biologia*, año III, núms. 11, 12, 17 y 18. 1908.)

En este trabajo, que contiene una rica casuística y excelentes láminas, dibujadas por el mismo Di Mattei, el autor demuestra que:

En los fetos en general, nacidos vivos ó muertos, de término ó no, se encuentran con mucha frecuencia alteraciones degenerativas é inflamatorias del parénquima renal, las cuales, desde los grados más leves de la hiperhemia por éxtasis, llegan—en el mayor número de los casos—á formas gravísimas, análogas á las que en el adulto son descritas con los nombres de glomerulo-nefritis, nefritis parenquimatosa aguda ó crónica, nefritis hemorrágica, nefritis intersticial crónica, etc.

En los fetos en que la autopsia no revela ningún proceso patológico ó de caracteres anatómicos revelables micróscopicamente, el examen histológico del riñón demuestra frecuentemente las citadas alteraciones en el parénquima de este órgano, alteraciones que la mayoría de las veces, por su gravedad, podrían explicar la verdadera causa de la muerte prematura, dentro del útero ó bien en los primeros períodos de la vida extrauterina.

Muchos recién nacidos, vivos y de término, pueden morir, poco después de nacer, por la insuficiencia que el riñón alterado muestra al activarse la nueva y más compleja función que se inicia con la vida extrauterina.

En cuestión de vitalidad, por lo que se refiere á las diversas formas de nefritis congenital, el examen de las lesiones anatómicas del riñón tiene, en ciertos casos, gran interés para formar un juicio pe-

ricial séguro. La vitalidad debe ser admitida cuando las condiciones anatómicas del riñón no le excluyan en modo absoluto y evidente; la casuística puede ser un guía precioso. La vitalidad debe ser negada cuando existan condiciones (graves esclerosis renales) que demuestren de manera precisa, evidente, todo lo contrario; con ó sin la ayuda de una terapéutica específica, sean de un pronóstico mortal.

En tesis de infanticidio y de aborto criminoso, en relación con las cosas naturales de la muerte del feto—dice el profesor Di Mattei,—es de gran interés que el perito dirija su atención en las prácticas eventuales médico-legales, con especial cuidado, á las condiciones anatómicas del parénquima renal, las cuales, además de que pueden ocultarse fácilmente á un examen poco diligente, no siendo visibles como lo son las lesiones traumáticas y las alteraciones teratológicas, podrían también no ser macroscópicamente revelables; tanto más que, como la anatomía patológica enseña, en muchos casos de nefritis aguda, al examen macroscópico el riñón no parece estar alterado.

---

**Pseudo-hermaphrodisme et déclaration de naissance,** por L. Gentes y Pierre Lande. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 31 Mayo 1908; *Archives d'Antropologie Criminelle*, 15 Diciembre 1908.)

El pseudo-hermafroditismo está constituído por la coexistencia de una glándula genital bien determinada con genitales externas del sexo opuesto. Se llama *androginia* el pseudo-hermafroditismo masculino, la existencia de glándula genital femenina y genitales externos masculinos; *ginandria,* ó pseudo-hermafroditismo femenino, al caso opuesto. La primera variedad es la más frecuente.

Gentes y P. Lande describen un caso de androginia, referente á un niño recién nacido, de término, estrangulado por su madre. Al lado de los órganos genitales externos se notaba la presencia de un tubérculo genital hipertrofiado, de un surco balano-prepucial, formado ya en el nacimiento, y un orificio único; en las vías génito-urinarias, á dos conductos independientes sigue un conducto común. Los autores explican embriológicamente la formación de tales anomalías; pero la cuestión tiene también gran interés médico-legal. La ley exige que, después del nacimiento, ó casi inmediatamente después, sea determinado el sexo de la criatura, y esto presenta á veces serias dificultades. Lebland proponía en 1885 la declaración de un sexo indeterminado ó dudoso.

Las falsas atribuciones de sexo, cuyas consecuencias pueden ser muy graves, no son casos extremadamente excepcionales. Paul Gar-

nier, en los *Annales d'Hygiéne et di Médecine legale* (t. XIV, 1.ª serie, pág. 251), recogió treinta casos.

Ch. Debierre ha dado la solución en su obra *L'Hermaphrodisme* (1 volumen de la Petite Biblioteque Médicale, pág. 146, 1891): El médico deberá certificar el sexo de una criatura sólo cuando tenga certeza absoluta. En los casos de sexo dudoso, el acta de nacimiento llevará las letras S. D., y en la edad de la pubertad (quince á diez y ocho años) el sujeto será examinado por una comisión médico-judicial que fijará su sexo y hará su inscripción como hombre, mujer ó neutro en el Registro civil.

El profesor A. Lacassagne ha prestado todo el apoyo de su autoridad á la proposición de Debierre.

ANTONIO LECHA-MARZO
Del Laboratorio de Medicina legal de la Facultad de Valladolid.

## Neurologia y Electroterapia.

**Fisiología de la contracción muscular**, por el Dr. Stephane Leduc.
(*Archives d'Électricité médicale*, 10 Febrero 1909.)

Ya había demostrado el autor, en Mayo de 1905, que la contracción muscular se acompañaba de una elevación de la presión osmótica en el músculo, elevación que aumenta con el trabajo realizado por la contracción. Posteriormente, en 1908, dió á conocer sus experiencias, demostrando que el músculo fatigado responde á las excitaciones eléctricas como un músculo en estado de degeneración, que la contracción se prolonga y se produce el estado tetánico por una menor excitación.

Demoor y Philippson acaban de presentar á la Academia de Medicina de Bélgica un trabajo que les lleva á las siguientes conclusiones:

1.ª En el músculo por el que se hace pasar una solución hipertónica, el tétanos se produce con un reducido número de excitaciones por segundo; pero lo más característico es que el tétanos persiste después de la excitación, y que la relajación del músculo se verifica lenta y progresivamente.

2.ª En el músculo por el que pasan soluciones hipotónicas es necesario un número normal de excitaciones para provocar el tétanos, y la vuelta de dicho músculo á su estado de equilibrio se produce tan pronto como las excitaciones cesan de obrar.

En resumen: haciendo trabajar el músculo, ha demostrado Leduc que su presión osmótica aumentaba y que sus reacciones eléctricas venían á ser semejantes á las de los músculos en degene-

ración: Demoor y Philippson enseñan que, elevando la presión osmótica de un músculo por medio de soluciones hipertónicas, aquél responde á las excitaciones como un músculo fatigado ó en degeneración.

He aquí cómo por métodos diversos se confirman, se precisan y se completan las nuevas nociones sobre la fisiología muscular.

---

**Influencia del ion zinc sobre el crecimiento del cabello,** por el Dr. H. Marqués. (*Archives d'Électricité médicale,* 10 Febrero 1909.)

La influencia manifiesta del ion zinc sobre el crecimiento del pelo había sido ya señalada por el profesor Leduc en 1903, y recordando esta propiedad, ha tenido la ocasión el autor de ensayar este procedimiento en un caso de pelada.

Sobre el cuero cabelludo del enfermo existían varias placas peládicas completamente desprovistas de pelos, y que habían sido tratadas durante tres años sin éxito por diversos medicamentos. El ensayo recayó sobre una sola de las placas, del tamaño de un duro aproximadamente, situada por encima de la oreja derecha.

Un eléctrodo positivo de zinc, recubierto de varias capas de algodón hidrófilo empapadas de una solución de cloruro de zinc al 1 por 100, fué colocado sobre dicha placa y mantenido por medio de una venda elástica. El eléctrodo negativo se colocó en la espalda, y se hizo pasar durante treinta minutos una corriente de 15 m. a.

Inmediatamente después de la sesión, toda la superficie de la placa peládica se hallaba cubierta de una multitud de puntitos rojos rodeados de un círculo blanquecino. En los días siguientes se borraron estos puntos, y quince días más tarde una infinidad de pequeños pelos comenzaron á aparecer en esta placa, que había permanecido privada de ellos durante tres años.

Aunque el autor no había podido continuar los ensayos, por haberse visto obligado el enfermo á abandonar el Hospital, cree interesante la publicación de este caso, á fin de que sirva de estímulo para continuar las experiencias, y pueda llegarse pronto á saber si en efecto tenemos en el ion zinc el tratamiento ideal de la pelada.

Dr. E. Vilches

## Vías urinarias.

**Tratamiento profiláctico de las recidivas en la litiasis renal,** por el Dr. Klemperer. *(Revue Clinique d'Andrologie et Ginecologie.)*

Los enfermos afectos de litiasis renal se quejan con mucha frecuencia, aun después de haber sufrido la nefrotomía, de nuevos accesos de cólico nefrítico: este hecho justifica las investigaciones del autor en el sentido de aplicar procedimientos que impidan las recaidas.

Dando por sabido que, para impedir la formación de nuevos cálculos ó el crecimiento de concreciones microscópicas, es preciso que el riñón sea atravesado por una corriente líquida abundante, Klemperer hace absorber á sus enfermos, cada tres horas, 300 c. c. de líquido, fuera de las comidas. También aconseja á los litiásicos que beban antes de acostarse, puesto que las orinas de la noche son más densas, y favorecen más que las del día la formación de cálculos. Todo líquido es susceptible de lavar el riñón, pero da la preferencia á las aguas alcalinas bicarbonatadas.

El régimen alimenticio de los litiásicos debe ser mixto: si una alimentación exclusivamente carnívora expone á superproducción úrica, la vegetal predispone á la litiasis oxálica, también es preciso no alcalinizar demasiado las orinas del enfermo; una exageración en este sentido puede provocar depósitos fosfáticos alrededor de cálculos de uratos formados con anterioridad.

En cuanto á restricciones en el régimen, son las siguientes: á los oxalúricos prohibirles el té y las espinacas; á los uráticos, los alimentos preparados con órganos glandulares, hígado, riñón, etc.

En los obesos hay que evitar una alimentación muy rica en hidratos de carbono y grasas.

Los medicamentos tienen poca acción; sin embargo, es bueno que los oxalúricos absorban diariamente de tres á cuatro gramos de sulfato de magnesia en dosis fraccionadas de 50 centigramos.

---

**Supresión de los acumuladores y pilas en la cistoscopia á domicilio, por un nuevo aparato portátil independiente,** por el Dr. Sigurta, de la Facultad de Medicina de Pavía. *(Ann. des maladies des organ. genit-urinaires.* Enero de 1909.)

Todo el mundo conoce perfectamente los inconvenientes y dificultades desesperantes en ocasiones que se encuentran con los acumuladores fuera del gabinete del práctico, y sobre todo cuando no puede disponerse de la corriente urbana; las más modernas pilas tampoco están exentas.

En este aparato (Electro-dinamo-portátil) se trata sencillamente

de un pequeño electro-dinamo movido á mano, y automáticamente reglado por un votante; cuando el observador maneje al cistoscopio, puede confiarse el movimiento del electro-dinamo á cualquier persona, por poco diestra que sea.

La potencia de la dinamo se ha establecido de manera que sirva, no solamente para las lámparas de los cistoscopios ordinarios (4,6 y aun 10 volts), sino también para las más finas, de resistencia mínima (2 volts), como las del uretroscopio de Luys; una resistencia perfectamente reglable por un tornillo exterior, hace los cambios de corriente muy sencillos y muy precisos.

Desde el punto de vista económico, es mucho más ventajoso que los acumuladores.

Este aparato es construído por el célebre artista en electricidad médica, Campostano, de Milán.

---

**Pionefritis complicando una ósteomielitis grave de la tibia. Nefrectomía: curación.** (Comunicación del Dr. Berard á la Sociedad de Cirugía de Lyón: Sesión del 19 de Noviembre de 1908.)

Pasa por clásico y admitido en buena clínica, que la ósteomielitis aguda presenta con frecuencia complicaciones renales, y que la eliminación del estafilococo y sus toxinas por el filtro glomerular determina, ya albuminuria más ó menos duradera, ya piurias, de ordinario pasajeras, ya flemones perinefríticos; precisamente, en estas formas sépticas de localizaciones múltiples ó rápidamente mortales son en las que se ha podido observar, por necropsia, abscesos miliares del riñón formados alrededor de los vasos, y en los que se habían detenido embolias piohémicas.

El caso objeto de la comunicación es el siguiente: M. Antoine, de diez y ocho años, entró en el Hospital el 21 de Marzo último, por una ósteomielitis grave de la tibia derecha, cuyo principio data de quince días. De buena salud hasta entonces, el enfermo sintió, al fin de una marcha prolongada, dolor muy agudo en la parte superior de la pierna derecha; en el momento del examen, un gran absceso distendía las partes blandas, y toda la mitad superior de la tibia se notaba espesa y muy dolorosa á la palpación. Este mismo día, y por medio de una gran trepanación de hueso, se vació su tercio superior, infiltrado de pus, y se desaguaron dos abscesos de las partes blandas. A pesar de la intervención, la temperatura continuaba oscilando entre 39° y 39°,5; el estado general se agravó, tomando el enfermo tinte terroso y la lengua muy roja: el 30 de Marzo se vació en totalidad la diflásis de la tibia; ya por estos días se notaron orinas turbias, que no aclaraban por el reposo y dejaban abundante depósito purulento en el orinal.

La palpación del riñón derecho lo demostraba muy aumentado de volumen y doloroso; la temperatura continuaba oscilando, señalando máximums coincidentes con menos turbidez de orina; durante un mes, los accidentes óseos parecieron dominar la escena, limitándose á combatir la piuria con régimen lácteo, agua de Evian y salol, benzoato sódico y urotropina.

A mediados de Mayo, de tal modo empeoró el estado general y el aspecto de la orina, que hizo pensar en la conveniencia de un cateterismo ureteral, cuyo primer resultado fué desconsolador: ambos riñones estaban afectos. Un nuevo cateterismo, el 10 de Julio, evidenció orinas mucho más claras en el lado izquierdo y muy purulentas en el derecho; por otra parte, la región renal derecha estaba muy abombada y renitente; una nefrectomía fué decidida. Hecha la incisión lumbar, se encontró una enorme bolsa, tamaño de una cabeza de feto á término, y cuyas paredes presentaban por algunos sitios el espesor de una asa intestinal; limitarse á simple incisión era insuficiente; por otra parte, y descartadas las dificultades de una nefrectomía en estas condiciones, se exponía á anuria refleja, dado el estado del otro riñón; ambas cosas pesaban mucho; sin embargo, la nefrectomía se hizo, y después de varios episodios de más ó menos consideración, nos hallamos con el enfermo en estado general muy satisfactorio; la cicatriz de la nefrectomía limpia, los últimos secuestros de la tibia se han eliminado; toda la vasta pérdida de sustancia se ha nivelado sin necesidad de obturarla artificialmente; únicamente la epidermización de los mamelones carnosos aún no ha terminado.

DR. CARLOS NEGRETE

# TRABAJOS DE LABORATORIO

## Y SUS APLICACIONES CLÍNICAS

**Investigación de los gérmenes anaerobios en las supuraciones**, por Gaudani, del Inst. Hig. Univ. Roma. (*Bull de l'Inst. Pasteur*, 15 Febrero 1908.)

El autor, estudiando la flora anaerobia de las supuraciones, ha aislado siete anaerobios diferentes, de los cuales da la descripción siguiente:

El *bac. A*, por todos sus caracteres, recuerda al *bac. paraputrificus* Bienstock; pero no se desarrolla en la gelatina á 24°, como el *bac. pseudotetani* (Tanei), el cual es también muy parecido al microbio rechoncho, móvil, esporógeno, de colonias redondeadas, que se cultiva en la gelatina á 37°, y coagula la leche, desarrollando gases fecaloideos. Gram negativo.

El *bac. B*, redondeado, móvil, esporógeno, no germina en la gelatina á 37°; da gases fecaloideos, lo que le distingue del *bac. San Felicæ* IV *(Clostridium solidum)*. Gram negativo.

El *bac. C*, pequeño, inmóvil, esporógeno, no se cultiva en la gelatina á 37°, y coagula la leche. No produce gases. Recuerda al *bacilus fragilis* de Veillon-Zuber, pero toma el Gram.

El *bac. D* tiene los mismos caracteres que el precedente, salvo que es alargado y de colonias lenticulares en vez de redondeadas.

Difiere del *bac. enfisomatosus* en que no produce gases.

El *bac. E* se parece al *C*, pero es móvil, y no coagula la leche.

El *bac. F*, pequeño, inmóvil, esporógeno, no coagula la leche, no produce gases ni olor; toma el Gram, y no es patógeno si no está asociado, mientras que el *E* es patógeno para la cobaya.

El *bac. G* se parece al *E*, pero es más móvil; no toma el Gram, y no se cultiva en la leche.

Los *bac. C, D, E, F* y *G* no pueden ser identificados con ninguna especie bien descrita.

De todos estos gérmenes, encontrados casi constantemente en las supuraciones gaseosas subcutáneas, en las peritonitis por perforación y las infiltraciones urinosas, no es posible establecer especificidad, salvo para el *bac. pseudo-tetani* de Tanel. Estos microbios provocan lesiones necróticas con infiltración gaseosa, que desprenden un olor fétido. Generalmente poco virulentas en el estado puro, adquieren en el hombre una virulencia muy notable gracias á las asociaciones microbianas.

JIMÉNEZ DE LA SERRANA

---

**Técnica de investigación de las litotoxinas**, por Bayer. (Centralb. f. Bakter J. Drigen, 8 Octubre 1907.) (*Bull. de l'Instit. Pasteur*, 30 Enero 1908.)

Cuando se trata de un suero ó de un microbio hemolítico, se puede fácilmente averiguar su modo de acción observando las modificaciones sufridas por los glóbulos rojos; es lo mismo que cuando se opera sobre sueros citolíticos, frente á frente de las células de epitelio-vibrátil, ó de los espermatozoides; aquí también se pueden seguir todos los cambios que las células sufren bajo la influencia del suero.

Las cosas pasan de distinta manera cuando se trata de un suero citotóxico que actúa sobre células fijas, las cuales carecen de vida propia una vez desprendidos del órgano.

El autor estima que, aun en estos casos, se puede, hasta cierto punto, darse cuenta del mecanismo de la acción citolítica. Para ilustrar su idea, empleó la saponina en solución fisiológica, que inyectó

á ranas curarizadas, y después ensayó en ellas la excitabilidad del músculo gastrocnémino.

Ha encontrado que la saponina ejerce una acción miotóxica indudable, la cual se traduce por la disminución y aun la desaparición de la excitabilidad.

Esta acción miotóxica marcha á compás de la hemolítica, porque cuando, en lugar de saponina, se emplea una mezcla neutra de saponina y de colesterina, no se observa acción sobre los músculos ni sobre los glóbulos rojos.

Las oscilaciones de las curvas trazadas por el aparato registrador indican las alteraciones producidas en el seno de las fibras musculares, lo mismo que la salida de la hemoglobina de los hematíes indica la puesta en juego de un proceso hemolítico.

MORENO MELGAR

# SECCIÓN PROFESIONAL

## «Pro Italia Médica.»

La catástrofe de Sicilia y Calabria ha ocasionado numerosas víctimas entre la clase médica. Hasta la fecha se tiene noticia de 42 profesores que han sucumbido; de la Facultad de Medicina de Mesina sólo se han salvado los profesores Guzzoni y Sanfelice. Quedan 21 niños en la orfandad, cuyo número es posible que resulte mayor á medida que se rectifiquen las listas y se conozcan las consecuencias de la inmensa hecatombe.

Un ginecólogo universalmente conocido, el Dr. Jacobs, de Bruselas, ha tenido la feliz iniciativa de promover en todas las naciones una suscripción «Pro Italia Médica», con el fin de asegurar el porvenir de los infelices huérfanos de nuestros compañeros, bajo la salvaguardia de un Comité medico-internacional; lo que equivale á la adopción de estos desgraciados niños por los médicos del mundo entero.

Respondiendo á tan hermoso acto de solidaridad profesional, se han organizado ya Comités por reputados profesores en Bélgica, Francia, Alemania, Austria, Hungría, Holanda, Suiza, Dinamarca, Finlandia, Rusia é Inglaterra, los cuales se dirigirán á todos los médicos de los respectivos países, á fin de que contribuyan con su óbolo á esta suscripción, y ellos nombrarán un Comité Internacional que se encargue de la gestión de los fondos que se recauden, y

cuyos productos servirán para educar á los huérfanos de nuestros hermanos en el «Colegio de Huérfanos de Médicos de Perusa», bajo el patronato de las Cámaras Médicas de Italia, cuyo presidente es el profesor Durante, de la Facultad de Roma.

Al requerir el concurso de los profesores españoles para una obra tan simpática, cumplimos un gratísimo deber uniendo nuestro esfuerzo al de las demás naciones, para que los hijos de nuestros compañeros, muertos en la catástrofe, puedan recibir, en lo posible, el alimento y la instrucción que sus padres les hubiesen proporcionado hasta su mayor edad; y una vez llegada ésta, cada uno de ellos recibirá una cantidad proporcional al resultado de la suscripción y que le sirva para establecerse, para comenzar su vida independiente.

«Pro Italia Médica» es una obra fraternal del porvenir, y no un socorro de presente como los que en gran número ha enviado España á la nación hermana con motivo de su reciente desgracia.

Entendiendo que el sentir de los médicos españoles está al unísono con el de todos los países en asuntos de filantropía y compañerismo, hemos aceptado la invitación del bondadoso iniciador para constituir el Comité Nacional que ha de encargarse de la suscripción «Pro Italia Médica» en España, y está formado por los señores siguientes: Excmo. Sr. D. Angel Pulido, presidente del Colegio de Médicos de Madrid; Excmo. Sr. D. Julián Calleja, presidente de la Real Academia de Medicina; Ilmo. Sr. D. Angel Larra, presidente de la Asociación de la Prensa Médica española; Ilmo. Sr. D. Manuel de Tolosa Latour, doctor; D. Gustavo Pittaluga y el que suscribe, en representación de las viudas y huérfanos de nuestros compañeros italianos.

Confiadamente esperamos que la clase médica española responderá á nuestro llamamiento, como lo hace siempre que de remediar desgracias se trata.

Dr. Eugenio Gutiérrez

# SECCIÓN CLÍNICA ORIGINAL

## NOTAS CLÍNICAS

## LOS REFLEJOS NASALES

POR EL DR. D. EDUARDO G. GEREDA
Director de la Clínica oto-rino-laringológica de la Virgen de la Paloma y laringólogo del Real Dispensario Victoria Eugenia.

Las fosas nasales no sirven sólo como tubos respiratorios y entrada natural de las emanaciones que despiertan reacción fisiológica sobre el primer par de nervios craneales; son además asiento de algunas curiosas y variadas afecciones, que se designan con el nombre vago de reflejos, y que más bien que procesos determinados, constituyen síntomas de enfermedades conocidas ó de lesiones latentes.

Entre esta serie numerosa y heterogénea de manifestaciones nerviosas, hasta ahora he tropezado en mi práctica profesional con dos casos muy interesantes, que describo á continuación, no con el fin de antobombearme, más ó menos disimuladamente, como hace la mayoría, sino con el objeto de sumar unas cifras más á la estadística que desde la más remota antigüedad, y sobre todo desde Voltolini, Hack (1) y Sommerbrodt (2), se ha formado en este interesante capítulo de la patología clínica rinológica.

Uno de ellos es el de una pseudo-histérica que padecía una gran afonía, rebelde á todos los tratamientos.

L. S. G., que así son las iniciales de su nombre y apellidos, dueña de unas aguas minero-medicinales de Madrid, y joven, como digo, de predisposición neuropática, algo irritable y de fácil impresionabilidad; la comencé á tratar hace cuatro ó cinco años, no recuerdo la fecha con exactitud, siendo yo todavía ayudante del doctor Barajas. Su proceso laríngeo era puramente nervioso; recuerdo que se agotaron todos los medios adecuados al caso: las corrientes

(1) *Ueber Reflexneurosen und Nasenleiden-Berlin Klinik Wochenschrift*, 1882.
(2) *Berlin Klin. Wochenschrift*, 1884 y 1885.

eléctricas, el azul de metileno, los toques de *óxido hídrico* ligeramente coloreado, de sumo é indiscutible efecto en estas ronqueras, los sedantes, los reconstituyentes, etc.; hasta por emplear, empleamos la sugestión hipnótica, procedimiento que yo antes usaba con gran fe y entusiasmo en los casos rebeldes, y que en esta enferma no me proporcionó más que mejorías muy insignificantes y transitorias.

La afonía era casi continuada, y ofrecía la particularidad de no ir acompañada de alteración laríngea alguna. En esto se distinguía de otras de la misma naturaleza que refieren algunos autores, y que son espasmódicas, ó en las que el examen laringoscópico demuestra un entrecruzamiento del cartílago aritenoides y una ligera hiperhemia de las cuerdas.

La enferma, cansada de someterse á mis sesiones de hipnotismo, dejó de ir por la clínica de mi maestro; yo no la vi en un lapso de tiempo de varios meses, y después que llevó recorridos gran número de otros consultorios, tuve ocasión de observarla de nuevo, más ronca que antes, si cabe, en mi gabinete particular, precisamente en ocasión de estar yo traduciendo por aquellos días un trabajo, no se si de Ubertis ó de Hering, sobre reflejos nasales. Entonces me ocurrió lo que, á ser franco, no he de callar, porque ante todo me gusta ser sincero. Dejaron tal huella en mi imaginación las páginas extranjeras, que ansiaba reconocer la nariz de todos mis enfermos afónicos para encontrar casos parecidos, y esta señorita, sólo por el hecho, claro está, de su tara pseudo-histérica y de su incurabilidad, fué motivo más que suficiente para que yo la sometiera á un examen rinológico.

En efecto, se comprobaron mis deseos, los deseos que yo tenía de tropezar con un caso de reflejo nasal; era el primero que se presentaba ante mi vista: no pudo llegar en mejor hora. Las excitaciones y las pincelaciones de cocaína en una cola de cornete que tenía algo hipertrofiada en el lado izquierdo, exacerbaban y disminuían su dolencia como por encanto. Dos ó tres días la tuve sujeta á estas experiencias, y al final me decidí por la operación, que, como es consiguiente, fué coronada por el exito más franco y lisonjero, puesto que desde que quité aquella pequeña excrecencia nasal, la voz no ha vuelto á empañarse en lo más mínimo, y la enferma, sumamente agradecida, me distingue y considera como persona de su familia.

Otro caso, del cual no conozco más precedentes en la casuística española que uno observado por el Dr. Suñe y otro por el Dr. Roque y Casadesus, es el de la Srta. D.ª A. S., una de las más bellas y sugestivas tiples del género chico, á quien trataba yo hace dos años un ligero catarro tubárico, y que al introducirle la sonda de Itard en la

nariz, era presa de un ataque de hipnosis completo, precedido de grandes gritos y convulsiones, que me alarmaba la Consulta, y que evité después cocainizando también el meato interior izquierdo, debajo y detrás de otra cola de cornete que también tenía hipertrofiadas cerca de las ramificaciones del nervio faríngeo de Boek. Allí, sin duda alguna, existía otra zona histero-hipnógena.

La operé también como á la enferma anterior, é igualmente con tal fortuna, que desde entonces no han vuelto á aparecer los ataques, á pesar de que en dos ocasiones posteriores se le ha vuelto á recrudecer el catarro tubárico y ha tenido que venir á mi Consulta á sondarse.

Descritos ya estos dos casos, realmente debiera dar por terminado este trabajo; pero como quiera que el asunto de los reflejos nasales está todavía poco generalizado, y tal vez algunos de los médicos generales que me lean quieran tener de ellos algunas ligeras nociones, he aquí por qué lo alargo algo con unas cuantas cuartillas más.

Juntamente con casos semejantes al de la Srta. L. S., en la patología laríngea se incluyen algunos de *laringismo inhibitorio*, de origen también reflejo nasal, que se presentan comúnmente por accesos periódicos acompañados de cosquilleo gutural, tos y algún estornudo con pérdida del conocimiento (1).

Cítanse otros de *congestiones laríngeas* reflejas, debidas á una tumefacción exagerada del tejido erectil nasal (2), que pueden del mismo modo ser provocadas por galvano-cauterizaciones, irrigaciones, roces de un cuerpo extraño, etc., y, finalmente, otros de *parálisis parciales* de los músculos laríngeos y *laringo-espasmos* intensos, atribuídos, del mismo modo, á causas nasales (3), pero que sólo deben reputarse como exageraciones en la apreciación de hechos clínicos.

En mis dos casos ha dado la casualidad de existir una causa común: la hipertrofia de la cola de un cornete; pero esto no indica que á esta sola alteración se deba la etiología de estas afecciones; nada de eso; hay otras formas análogas, producidas por rinitis hipertrófica, pólipos mucosos, desviaciones, crestas y espinas del tabique, adherencias entre éste y los cornetes, lesiones parasitarias y vegetaciones adenoideas en la naso-faringe.

Los trastornos reflejos, además de las afonías y los ataques de

---

(1) Botey: *Archivos latinos de Rinología, Laringología y Otología*, Marzo-Abril 1899 (Barcelona).

(2) Ioal (de Mont-Dóre): *Revue Hebdomadaire de Laryng. Otol.*, etc., 1896, núm. 15.

(3) Hering (de Varsovia): *Des nevroses reflexes determinées par les affections nasales*, 1898.

hipnosis, aparecen bajo la forma, y esto lo cito por curiosidad, de estornudos espasmódicos, rino-hidrorrea, cefalalgia, neuralgias del trigémino, vértigo, taquicardia, fenómenos menstruales, alteraciones oculares, zumbidos, corea y convulsiones de la cara.

Sobre su patogenia se ha escrito mucho, y aún queda extenso terreno que recorrer. El Dr. Suñé, á quien ya he citado anteriormente, se ha ocupado del particular en un completo y concienzudo folleto (1), en el cual ha reunido todas las teorías.

Hack es partidario de la ingurgitación de los cuerpos cavernosos de los cornetes nasales.

Otros explican este reflejismo por la obstrucción nasal y la acumulación de anhídrido carbónico en la sangre, aunque Voltolini les contradice sólo por el hecho de haber observado fenómenos reflejos en individuos que, á pesar de tener masas pólipomatosas, no producían obstáculo alguno al paso de la corriente aérea.

François Frank, Schiff, Bert y Goris aducen las excitaciones, por ligeras que sean, de la pituitaria, y la de cualquier punto de la membrana de Schneider, Roux, Fränkel, Cartaz y Lublinski.

Junto á estas opiniones de excitación de filetes nerviosos intranasales, hay otra más importante y discutida: la de las zonas reflejas, estudiadas por Mackenzie, Baratoux y, sobre todo, por Lichtwitz (2), que admiten la existencia de segmentos de pituitaria, más ó menos circunscritos, cuya irritación artificial ó morbosa, desarrollada á su nivel, provoca los fenómenos que nos ocupa.

Yo creo que es innegable la existencia de estas zonas reflejas, aun cuando no las asigno sitio determinado, y esquivo llegar á una conclusión, á la división de la pituitaria, como se ha supuesto, en zonas fijas, destinada cada una á engendrar siempre el mismo reflejo; absurdo tanto mayor, cuanto que, en virtud de la frecuencia con que al enfermar la mucosa nasal la dolencia se extiende á casi toda ella, muy á menudo veríamos unidos en un individuo todos los fenómenos reflejos.

Esto es, pues, sólo á grandes rasgos, cuanto se me ocurre exponer de los reflejos nasales.

---

(1) Dr. Suñé Medán: *Tesis de doctorado*, Octubre 1904.

(2) *Des zones hystérogènes observées sur la muqueuse des voies aériennes supérieures et des organes des sens* (Société de Med. et de Chir. de Bordeaux, 19 Noviembre 1886).

# UN CASO DE APENDICITIS HERNIARIA

POR EL DR. JOSÉ GARCÍA DEL DIESTRO
Del Instituto Rubio.

El día 20 de Febrero se nos presentó en el Dipensario de Cirugía infantil del Instituto Rubio un niño, recomendado por el distinguido paidópata Dr. Gómez-Herrero, llamado Antonio López, de diez y siete meses de edad, de constitución endeble, y cuyos antecedentes fisiológicos nada de particular ofrecían, á excepción de haber sido criado al pecho hasta los catorce meses, según la madre aseguró, siendo desde esta edad alimentado con sopas de diferentes harinas, patatas cocidas y leche, sin mezcla de ningún otro alimento. Estos datos dietéticos, al parecer sin importancia, la tienen, sin embargo, en este caso por el curioso hallazgo que al describir el acto operatorio se consignará.

Como antecedente patológico, merece asimismo consignarse que este niño, á pesar de su corta edad, había padecido el sarampión dos meses antes de su visita al Dispensario.

Datos anamnésicos de familia no había ninguno interesante.

*Causas y curso del padecimiento actual.*—Un día del mes de Mayo último notó la madre gran agitación en el niño, agitación que se traducía en un continuo llorar, al mismo tiempo que se presentaron vómitos de alguna intensidad. Con objeto de descubrir la causa de todo aquello *reconoció* al niño, observando que en la región inguinal derecha tenía un bulto del tamaño de una naranja pequeña. Inmediatamente fué á una Casa de Socorro, donde se le manifestó que lo que su hijo padecía era una *hernia estrangulada*, y en consecuencia, que procedía una intervención.

No contenta la madre con este diagnóstico, ó acaso temerosa de la operación propuesta, llevó el niño á que le viera un compañero de esta corte, quien opinó que el caso no era *tan grave* como se le había dicho, y que lo que procedía era la aplicación sobre el tumor de fomentaciones calientes y esperar el curso ulterior de los acontecimientos. Así se hizo, y, en efecto, la tumoración, según dice la madre del niño, disminuyó muchísimo, desapareciendo también los fenómenos que le habían acompañado en un principio, esto es, los dolores y los vómitos.

Desde entonces el niño ha usado un braguero, por prescripción del mismo médico, y ha gozado de buena salud hasta hace dos meses que, como hemos dicho, padeció el sarampión. Hace cuatro semanas, es decir, al mes de dicha fiebre eruptiva, el bulto, que no había pasado hasta entonces de la región inguinal, descendió al escroto, y des-

de aquel momento ha venido aumentando de volumen progresivamente. Dichas modificaciones han sido acompañadas de fiebre y, como la vez anterior, de fuertes dolores, pero no de vómitos ni de trastorno intestinal alguno.

*Síntomas objetivos.*—En el examen á que sometimos al enfermito pudo apreciarse, en el lado derecho de la región escrotal, una tumoración del tamaño de una naranja grande, mate á la percusión, de forma irregular, irreductible, fluctuante en algunos sitios, y que se prolongaba á lo largo del conducto inguinal. La piel que la cubría estaba edematosa y ofrecía un color violáceo oscuro. El testículo parecía estar englobado en dicha tumoración.

*Diagnóstico.*—Teniendo en cuenta la totalidad de los síntomas observados—irregularidad é irreductibilidad del tumor, matidez del mismo, ausencia de fenómenos de obstrucción, etc., etc.,—y estando todavía muy presente en nosotros el interesante caso de «hernia estrangulada con una trompa por contenido», publicado recientemente en esta Revista por el distinguido profesor del Instituto, Dr. Lozano, cuyo cuadro sindrómico se parecía por completo al presente, diagnosticamos *hernia epiploica estrangulada.*

El mismo día que ingresó este enfermito en el Instituto se abrió espontáneamente la colección purulenta que se apreciaba en el escroto, á nivel y á unos 2 centímetros de distancia de la raíz del pene, dando salida á una gran cantidad de pus.

*Intervención.*—El día 23 de Febrero fué operado por el jefe de Cirugía infantil, Dr. Lozano, ayudado por el Dr. Carro y por el que estas líneas escribe.

Anestesia, clorofórmica.

*Procedimiento empleado.*—Previos los consiguientes cuidados de asepsia, se hizo una incisión sobre toda la pared anterior del conducto inguinal derecho paralela á él. Sobre la sonda acanalada se abrió dicha pared, encontrándose en el conducto inguinal un cordón como del grueso de un dedo, duro, resistente, de tejido infiltrado, que descendía hasta el escroto por abajo y se perdía por arriba en el anillo inguinal interno. En este cordón, que nos pareció desde luego ser el saco herniado inflamado, hallábanse englobados y sólidamente unidos á él, tanto los elementos del cordón espermático como el contenido mismo de la hernia. Con objeto de aislar estos diferentes elementos, se comenzó la disección de aquel bloque fibroso por medio de una incisión longitudinal, que se fué ahondando lentamente.

Al ir profundizando dicha incisión, apareció una sustancia amarillenta, de aspecto caseoso, que se herniaba á través de aquélla. En este momento, al tiempo de limpiar el campo operatorio con una *torunda de gasa*, sentimos algo que nos hería un dedo, y al fijarnos,

vimos que se trataba de una *espina* de pescado, del tamaño de un alfiler pequeño y de parecida forma, terminándose en un ábultamiento, que no era otra cosa que una vértebra de la cola de merluza. Esto nos hizo suponer, como es natural, que habíamos caído sobre intestino, y en consecuencia se dejó el bisturí, y con la sonda acanalada se procedió á disecar y aislar el saco herniario—constituído por el conducto peritoneo-vaginal—de su contenido, lográndose al fin, no sin grandes dificultades, pues, como antes hemos dicho, el proceso inflamatorio allí desarrollado los había unido íntimamente. Hecha la liberación, pudimos observar que el contenido lo constituían exclusivamente el apéndice íleo-cecal—en cuya cavidad habíase hallado el cuerpo extraño—y una pequeña porción del meso unido á él. Ambas cosas se ligaron con catgut, lo más próximamente que se pudo á su inserción en el ciego, el apéndice, que se seccionó por encima de la ligadura con el termocauterio.

Hecho esto, se intentó aislar los elementos del cordón, pero de tal manera hallábanse confundidos con el saco, efecto del proceso inflamatorio existente, que todo esfuerzo resultó inútil á lograrlo, y no hubo otro remedio que ligar ambas cosas á la vez en el punto más alto que se pudo.

Por encima de la ligadura se incindió la masa comprendida en ella, abandonándose el muñón interno en la cavidad abdominal. El cabo externo se disecó hacia abajo hasta llegar al testículo, que fué extirpado conjuntamente.

En este último tiempo de la operación, y al tratar de separar con los dedos el saco herniario de la pared escrotal á la que estaba unido, se rompió una colección de pus amarillento y espeso que en la parte interna y superior de la bolsa se había formado.

Después de limpiar el campo operatorio todo cuanto fué posible, y de tocar con cloruro de zinc al 10 por 100 la bolsa escrotal, se suturaron la pared anterior del conducto inguinal y en otro plano la piel, dejando solamente un pequeño drenaje en la parte inferior de la herida.

El *curso post-operatorio* ha sido altamente satisfactorio, pues el niño ha permanecido afebril, exceptuando los dos primeros días, que acusó el termómetro 37°,4 y 37°,6; la herida ha venido supurando cada vez menos, y ha terminado cicatrizándose por segunda intención á los diez y siete días de realizado el acto operatorio.

La inflamación del apéndice, que á simple vista nos pareció ya evidente, ha sido confirmada por las investigaciones histológicas realizadas en el laboratorio del Instituto.

Las consideraciones que de todo lo expuesto se desprenden, refiérense muy especialmente al diagnóstico.

¿Se trata, efectivamente, en este caso de una hernia del apéndice estrangulada ó de una verdadera apendicitis herniaria?

A nuestro juicio, esta es una cuestión difícil de resolver, y con el fin de esclarecerla procuraremos analizar con algún detenimiento todos aquellos datos que en el relato de la historia de este enfermito se han expuesto.

Desde luego, ambos procesos se presentan con igual relativa frecuencia en los primeros años de la vida, acusando cuadros sindrómicos tan parecidos, que para algunos autores (Brun y Veau) el error diagnóstico es constante; no siendo tampoco la anatomía patológica la que nos ha de resolver el problema, puesto que sabido es de todos la gran analogía de las lesiones que ambos procesos pueden llegar á producir.

En lo que al presente caso se refiere, los datos anamnésicos relativos al curso de la enfermedad, de ningún modo pueden inclinar nuestro ánimo en sentido determinado, porque aquella primera agudización del proceso que en el mes de Mayo último hizo intervenir la asistencia facultativa, lo mismo puede ser un primer ataque de apendicitis herniaria que un estrangulamiento pasajero del apéndice herniado, pues no creemos que sean datos suficientes para llegar á un diagnóstico diferencial, ni la escasez y manifiesta insignificancia de los síntomas, ni la corta duración de los mismos.

El cuadro de la apendicitis herniaria, y muy especialmente cuando es un niño quien la padece, difiere notablemente, en la mayoría de los casos, de aquel que las apendicitis ordinarias suelen presentar; de la misma manera que el estrangulamiento apendicular, dentro del conducto inguinal, no encaja comúnmente en las descripciones clásicas de las estrangulaciones intestinales.

En aquel primer ataque, nuestro enfermito acusó solamente dolores, algunos vómitos y un pequeño abultamiento en la región inguinal. Con estos datos, ¿quién sería capaz de asegurar — aun hoy, que ya conocemos el contenido de la hernia — que lo ocurrido entonces fué un primer ataque de apendicitis, y no un verdadero estrangulamiento, ó viceversa?

A nuestro modo de ver, la rápida cesación de los síntomas bajo el tratamiento empleado nada dice tampoco. El relativo aislamiento del apéndice herniado, con relación á la cavidad peritoneal y la también relativa asepsia del tubo digestivo durante la lactancia—única alimentación del niño en aquella fecha,—explican satisfactoriamente, no sólo la poca intensidad de los síntomas, sino también su rápida desaparición bajo la acción sedante y revulsiva de las fomentaciones calientes empleadas.

Análogas reflexiones podíamos hacer, en el supuesto de que se

hubiese tratado de un estrangulamiento herniario. Esta clase de accidentes en los niños presenta, sí, por regla general, una agudeza inicial grande; pero se cometería un error creyendo que la gravedad ulterior está en relación siempre con este comienzo dramático; nosotros hemos visto algunos casos, en los que, para hacer cesar la irreductibilidad, fué suficiente una presión ligera, bastando otras veces, como indica Broca, que la madre aplique ella misma una cataplasma sobre el escroto aumentado de volumen é intensamente doloroso.

Así, pues, de los datos anamnésicos relativos á la primera etapa del padecimiento nada podemos deducir.

En cambio, creemos que las observaciones hechas durante el acto operatorio y las recientes vicisitudes por que ha pasado el enfermito nos suministran argumentos suficientes para formar un juicio definitivo.

En primer lugar, la presencia del cuerpo extraño dentro de la cavidad apendicular— hecho que nos ha explicado la madre, al decirnos que por un descuido suyo, cuando el niño tenía seis meses de edad, se *atragantó* con los restos de un pescado que ella y su marido habían comido,—nos sugiere la idea de que dicho cuerpo extraño fuera la causa predisponente de una primitiva inflamación de la mucosa del apéndice, inflamación que, por contigüidad, fué á su vez la determinante del intenso proceso flogístico desarrollado en los tejidos ambientes, saco herniario, pared escrotal, etc.

En segundo lugar, robustece esta opinión el hecho de no haberse hallado durante el acto operatorio, y á pesar de haber sido incindida en toda su longitud la pared anterior del conducto, herida alguna que produjese estrangulación, ni ninguna señal que la acusara en el apéndice.

Probable es también que el sarampión últimamente padecido contribuyese á despertar el proceso flogístico que se hallaba latente, como muchas veces sucede en las fiebres eruptivas, según ha demostrado Kauffman en su reciente tesis sobre las complicaciones apendiculares en la escarlatina.

Y por último, otra razón que nos lleva á sentar el diagnóstico de *apendicitis herniaria,* es la lenta evolución de este proceso (ya hemos dicho que los primeros síntomas del último ataque se notaron un mes antes de la intervención), particularidad ésta que la mayoría de los autores, y entre ellos los ya citados Brun y Veau, consideran de gran importancia diagnóstica.

Conclusiones. —1.ª El diagnóstico de hernia apendicular es siempre difícil, pero aun sentada esta primera premisa, cuando sobrevienen fenómenos inflamatorios, la diferenciación entre el estran-

gulamiento y la apendicitis primitiva ofrece serias, por no decir que invencibles, dificultades.

2.ª En ambos casos la intervención operatoria se halla indicada, pues si bien es verdad que un primer ataque (en el niño) puede calmarse con recursos médicos, lo probable es que la recidiva sobrevenga, y en este caso, no solamente el cuadro por lo general es más grave, sino que, además, la mayor acentuación de las lesiones anatómicas dificultan la técnica operatoria.

---

## CÁLCULO RENAL.—NEFROLITOTOMÍA.—CURACIÓN.

Por el Dr. Carlos Negrete
Del Instituto Rubio.

Isidoro Delgado, de quince años de edad y natural de Madrid, se presentó por primera vez en el Dispensario de Urología, á mediados de Diciembre de 1907, con la siguiente historia patológica:

La madre murió á los treinta y cinco años, á consecuencia de afección intestinal; el padre vive, gozando de buena salud, así como igualmente otros cinco hermanos del enfermo.

Como antecedentes patológicos personales, podemos consignar que ha padecido sarampión, viruela, escarlatina y anginas catarrales con relativa frecuencia.

Isidoro Delgado es un muchacho de buen aspecto, color sano, grueso, y que nos dice que su actual enfermedad comenzó cuando tenía tres años, siendo el primero y único síntoma que llamó la atención de sus padres una hematuria que duró varios días, al cabo de los cuales cesó, volviendo á ser la orina completamente clara.

Coincidiendo con la hematuria, se quejaba el niño de fuertes dolores, que, dada su corta edad, ni podía precisar ni traducirlos más que por llanto; conjurada la crisis, volvía á recobrar su afición al juego y distracciones propias como si nada hubiese pasado; y casi no se pueden dar otros datos, porque el padre no nos dice más que dichas crisis de dolor y hematuria se sucedían de cuando en cuando, sin guardar periodicidad.

Muchos medicamentos han usado, sin que ninguno de ellos diera resultado satisfactorio.

Y así ha continuado hasta el día en que nosotros le vimos.

Se trata de un muchacho inteligente, y que contesta perfectamente al interrogatorio, explicando con claridad no común los dos únicos síntomas que tiene: dolor y hematuria.

No ha escapado á su observación, y nosotros lo hemos confirma-

do, que dichos dos síntomas se provocan matemáticamente á seguida de ejercicio activo; la marcha, los saltos, la equitación, la bicicleta, que, con relativa frecuencia ha practicado, eran seguidos de dolores en la región renal derecha, que se irradiaban á la nalga, muslo, vientre, vejiga y testículo, micción frecuente y orina completamente hematúrica. Aleccionado ya en la ineficacia de los medicamentos, se metía en cama, tomaba leche, y á los tres ó cuatro días cesaba todo, orinaba claro, se notaba absolutamente bien... y hasta otra.

Nunca ha expulsado cálculo ni concreción de ninguna clase.

A la exploración se observa: meato normal, uretra con calibre número 16, vejiga de capacidad normal, uréteres indoloros á la palpación; riñón derecho muy doloroso á la presión (en los períodos hematúricos ya hemos dicho que es doloroso espontáneamente), aumentado de volumen, de superficie lisa é igual; riñón izquierdo nada anormal. Respecto á reflejos ó puntos ureterales dolorosos, únicamente haciendo presión fuerte en el riñón derecho, es positivo el punto ureteral superior; próstata, vesículas seminales y testículos normales. Fuera de los períodos de crisis hematúrica dolorosa, los caracteres todos de la micción son normales y el aspecto macroscópico de la orina claro.

El análisis micrográfico y químico de la orina global de 24 h. sólo acusa como elementos anormales indicios de albúmina y presencia de algunos glóbulos rojos (hematuria microscópica).

Á pesar de varias sesiones de dilatación de uretra, como preparativo de examen cistoscópico, no pudimos, y lo intentamos repetidas veces, introducir el cistoscopio, en vista de lo cual se procede á una separación intravesical con el separador de Luys (modelo pequeño).

Tiempo de la aplicación, veinticinco minutos.

CANTIDAD RECOGIDA

Riñón derecho, 20 c. c.—Riñón izquierdo, 18 c. c.
Aspecto macroscópico.—Amarillo limpio en los dos tubos.

En urea, cloruros y fosfatos son escasas las diferencias, y las cifras casi normales.

La del riñón derecho, indicios de albúmina y glóbulos rojos.

La del riñón izquierdo, nada.

Radiografía, negativa.

Aún continuamos durante bastantes días la observación del enfermo, y durante este tiempo tuvimos ocasión de presenciar dos ó tres crisis, siempre con los dos síntomas de dolor y hematuria, siem-

pre bajo la influencia de ejercicios activos y cediendo, como de costumbre, al reposo.

En vista de todos los datos expuestos, y á pesar de ser negativa la radiografía, diagnosticamos: «cálculo primitivo del riñón en estado aséptico», proponiendo, como único tratamiento, la intervención quirúrgica.

Pasó algún tiempo sin ver al enfermo, hasta que, á últimos de Abril pasado, acudió á nosotros en demanda de lo que habíamos propuesto.

Diósele entrada en la Clínica, y el día 8 de Mayo, bajo anestesia clorofórmica, y previa la clásica incisión costo-lumbo-ilíaca, abordamos al riñón, encontrándolo sin grandes adherencias, aumentado de volumen, un poco congestionado y liso; una vez aislado, noté en el polo inferior una dureza característica; en dicha zona y á lo largo del borde externo incidí con bisturí, hallando un cálculo del tamaño y forma que marca la fig. 1.ª

El cálculo es de ácido úrico, con una coloración rojiza-oscura, debido indudablemente á las materias colorantes de la sangre.

**Fig. 1.ª—Cálculo perteneciente al enfermo Isidoro Delgado.—Tamaño natural.**

Persuadido de que no había más cálculos, hice en el riñón dos suturas, profunda y superficial, según indican las figuras 2.ª y 3.ª

Pasados los hilos de la sutura profunda (entrecortada), se sujetaron los cabos de cada lado con pinzas; hice la superficial continua, y por encima de ésta anudé los cabos de la profunda. Sutura de músculos, aponeurosis y piel con crin de Florencia en 8, un pequeño drenaje de gasa en el ángulo inferior de la herida y apósito.

Suprimido el drenaje á las cuarenta y ocho horas, tan rápida, perfecta y desprovista de todo accidente fué la cicatrización, que el día 27 del mismo mes fué dado de alta. Aún no hace un mes que le he visto, y su salud no puede ser más floreciente.

Este enfermo es un caso más que demuestra la indudable existencia de la litiasis renal aséptica durante largo tiempo; vemos que en nuestro enfermo, desde la primera hematuria hasta la interven-

ción han trascurrido doce años, sin que ni anatómicamente, ni bajo el punto de vista funcional, haya producido lesiones, al menos macros-

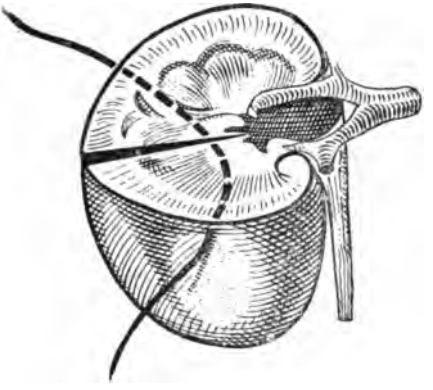


Fig. 2.ª—Sutura profunda de riñón.

cópicamente; nada de particular tendría que las hubiere microscópicas, porque, en último término, la litiasis renal es la expresión local

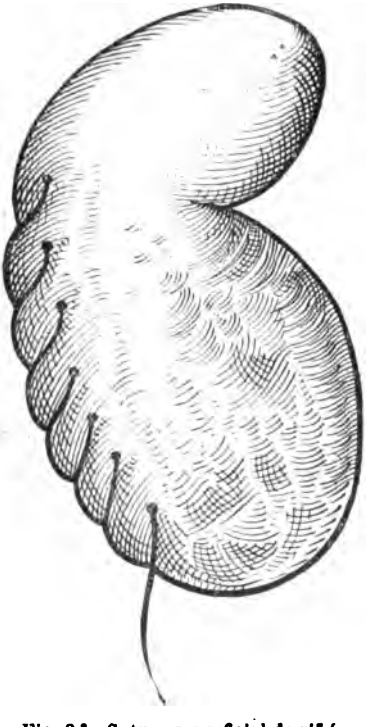


Fig. 3.ª—Sutura superficial de riñón.

de una enfermedad general, y aun en los casos de cálculo unilateral, afirman algunos autores la constante existencia de nefritis, no sólo en el riñón afecto, sino en el opuesto.

Séase lo que se quiera, y dejando á un lado la discusión sobre este punto, lo cierto y positivo es que el análisis de la orina de Isidoro Delgado, hecho algún tiempo después de operado, resulta completamente normal cualitativa y cuantitativamente.

Ha faltado en este enfermo el signo patognomónico de la litiasis renal, la expulsión de concreciones ó cálculos durante la micción, y se explica dado el sitio que ocupaba: cáliz de polo inferior lejos de pelvis.

Á falta de este síntoma, la existencia de otros dos son los que nos han guiado al diagnóstico: dolor y hematuria, con la característica de obedecer siempre á los movimientos y cesar con el reposo.

La marcha de estos síntomas, el buen aspecto del sujeto en cuanto á estado general, la perfecta normalidad de los demás órganos y aparatos, excluía el diagnóstico diferencial con procesos patológicos de otras vísceras abdominales; y con respecto al mismo aparato urinario, el carácter del dolor y hematuria lo diferenciaban de neoplasias, tuberculosis, quistes renales, lesiones inflamatorias, etc.

En cuanto á tratamiento, dado al sitio que ocupaba, no había lugar á duda: una vez al descubierto el riñón, la nefrotomía era lo indicado; de haber estado en la pelvis, todavía cabía el decidirse por ésta ó por pielotomía, que ambas intervenciones tienen partidarios y detractores.

No nos extraña que fuese en este caso negativa la radiografía; los rayos X atraviesan los cálculos formados por ácido úrico ó uratos en estado puro; pero á pesar de esto, tiene positiva importancia diagnóstica; á los individuos en que se sospeche la existencia de cálculos renales, se les debe someter, por lo menos un par de veces, á la radioscopia.

**Madrid, Febrero 1909.**

---

## LA DESINFECCIÓN QUIRÚRGICA Y EL BICLORURO MERCÚRICO

Por D. José Belisario Gallego y Sanz
Del Instituto Rubio.

El bicloruro mercúrico ha sido y es, en algunas partes, sumamente empleado, en la creencia de que se trata de un desinfectante de gran intensidad; propiedad que no posee, debido á las condiciones que le rodean en su momento de acción, desvirtuándola grandemente; porque si es muy cierto que es un bactericida de mucho potencial directo, es decir, cuando obra sobre los seres microscópi-

cos, pierde su valor al interponerse cualquiera sustancia aisladora, como ocurre en múltiples ocasiones.

El sublimado corrosivo, como sal metálica, tiene la facultad de coagular los albuminoides, inhabilitándole para la destrucción bacteriana, porque extraño será que haya bacterias que no se hallen circundadas por algún albuminoideo, máxime cuando, según Schron, todas segregan dos toxinas albuminoideas (toxalbúmina y toxoproteína); puesto que los proteidos, en su coagulación mercúrica, se convierten en albuminato hidrargírico, engendrador de una cápsula aisladora microbiana, que pone á cubierto todo sér vivo del coagulante protoplásmico, modalidad de acción del bicloruro de mercurio sobre los elementos vivos, de lo cual se infiere que la utilidad de aquel medicamento es nimia. Además, hay que añadir á la ineficacia del precitado fármaco los perjuicios incalculables que podría irrogar; porque no nos sorprenderá que las cápsulas descritas, continentes de los microbios, transportadas á los tejidos, sean solubles en los líquidos orgánicos, y una vez disueltas, pongan en libertad innumerables seres vivos, que nosotros creímos muertos en el acto de la desinfección, provocadores de infecciones de cierta intensidad, á pesar de la más rigurosa asepsia hecha en otro sentido, principalmente si se trata de un territorio orgánico bañado por un líquido de gran poder disolvente y en bastante cantidad, como suele acontecer en el peritoneo.

Otro de los perjuicios estriba en que, dentro del organismo ya el albuminato hidrargírico, puede transformarse de nuevo en cloruro del mismo metal, con mayor poder tóxico que de ordinario, por hallarse en estado naciente, y originará intoxicaciones generales de cuantía, al mismo tiempo que debilitará las defensas orgánicas y la regeneración celular; y harto suficientes son las contingencias del traumatismo operatorio y de la cloroformización, que ya ponen en peligro á los pobres enfermos, para que nos obliguen á prescindir de todo otro elemento nocivo innecesario.

De lo que antecede se deduce que debemos sustituir en toda clase de desinfección los coagulantes albuminoideos por otros cuerpos químicos que descompongan los preteidos en elementos más simples y solubles; para ello agruparemos aquéllos, teniendo en cuenta su modo de obrar, en clases:

1.° *Oxidantes.*—Son vectores de oxígeno que transforman los albuminoideos en compuestos oxidados-solubles. Así, el permanganato potásico en solución acuosa, actuando sobre las albúminas, da lugar á la guanidina, por oxidación de aquéllas, según Lossen; y en solución amoniacal, según Hofmeister, á la urea.

2.° *Hidratantes.*—Entre ellos tenemos: los ácidos minerales di-

luídos, que, con el auxilio del calor, descomponen los albuminoides en amidas sencillas, y las soluciones alcalinas, al 1 ó 2 por 1.000, que obran de igual modo.

3.° *Disolventes.*—Dentro de este grupo se hallan los álcalis en disolución concentrada, que al mismo tiempo disuelven y alteran grandemente los albuminoides.

Dentro de los grupos precitados se pueden incluir, verdaderamente, todos los antisépticos.

En virtud de lo expuesto, creemos oportuno recomendar el permanganato potásico en solución amoniacal, de acuerdo con las ideas de Hofmeister, como antiséptico, y el éter sulfúrico como disolvente de las grasas, en sustitución del alcohol, que no lo es sino en caliente, y además coagula los proteidos.

Terminaremos recordando que la desinfección quirúrgica se basa principalmente en el lavado y cepillado con agua esterilizada caliente y jabón con exceso de álcali, por ser éste disolvente albuminoideo y combinable con los ácidos grasos, formando jabones, con separación de la glicerina.

Nosotros empleamos dos clases de soluciones de permanganato potásico y amoníaco en agua; una, cuya fórmula es: amoníaco líquido, tres gramos; permanganato pótasico, un gramo; agua destilada, mil gramos, para la desinfección de heridas ó procesos ulcerados, que de este modo se aseptizan en pocos días; y otra de amoníaco líquido, diez gramos; permanganato potásico, un gramo, y agua destilada mil, para la antisepsia del campo operatorio y de las manos. La primera puede diluirse más si se cree oportuno.

# SECCIÓN CIENTÍFICA ORIGINAL

## EL VACIAMIENTO RÁPIDO DEL ÚTERO ES EL MEJOR TRATAMIENTO DE LA ECLAMPSIA

POR EL DR. CARMELO GIL É I.
Del Instituto Rubio y de la Maternidad de Bilbao.

La estadística enseña que tres cuartas partes de las mujeres que mueren por complicaciones del parto, pierden la vida por infecciones puerperales, y la cuarta parte restante, por hemorragias y por eclampsia.

Contra los peligros de la infección, la antisepsia da los medios de defensa; contra las hemorragias que se presentan en el momento del parto ó en el alumbramiento, los perfeccionamientos de la técnica moderna pueden mucho; pero contra la eclampsia no existe un medio positivo y seguro de cura.

Hasta el año 90 del siglo pasado, el tratamiento de la eclampsia era un tratamiento exclusivamente sintomático, que consistía en el empleo de medios narcóticos. Sólo estaba autorizada una intervención cuando la dilatación del cuello permitía la terminación fácil del parto, y la indicación de operar se enunciaba en estos ó parecitérminos: intervenir cuando las partes blandas están dilatadas lo suficiente; esperar cuando el cuello está poco ó nada dilatado.

El cloroformo, puesto en uso en Alemania por recomendación de Schroeder; el opio á grandes dosis—Bland, Kilian, Wiegand, Boer,—ó en forma de inyecciones subcutáneas de 0,1 á 0,2 por dia, aconsejado por G. Weit, ó en combinaciones con el hidrato de cloral—Stroganoff,—han sido y son fármacos empleados y aconsejados con calor por unos autores, mientras otros no encuentran ventajas positivas en su empleo, y algunos de ellos, como Weyder y Bumm, los consideran como directamente perjudiciales en eclámpticas en estado comatoso.

Al aparecer la doctrina de Bouchard y asemejar la eclampsia á un estado urémico—á una «autointoxicación», en moderna terminología,—se dirigió la terapéutica de la misma en el sentido de facilitar la eliminación de los agentes tóxicos, que por insuficiencia del

filtro renal permanecían en la sangre, y se aconsejó el empleo de medios sudoríficos y el uso de la sangría, con la que se pretendía restar elementos tóxicos á la sangre, procediendo más tarde á diluir la cantidad de toxinas que quedaban por medio de inyecciones abundantes de suero salino. Es sabido que la sangría influye ventajosamente en las funciones circulatoria y respiratoria de enfermas con principios de cianosis y con fenómenos de estancación en la circulación pulmonar, y en este sentido conservará su puesto indiscutible en el tratamiento de la eclampsia; pero su valor es nulo si pretendemos con ella modificar favorablemente el cuadro sintomático y propio de esta gravísima complicación.

Halbertsma y Dührssen inauguran el tratamiento quirúrgico de la eclampsia en medio de la enemiga de gran número de tocólogos, y hoy podemos afirmar que de entre aquellas complicaciones del parto en las que el vaciamiento rápido del útero es el medio que ofrece mayores garantías de éxito para la madre y para el feto, la eclampsia es una de las más frecuentes é importantes.

Su causa íntima aún la ignoramos, pero los trabajos químicos—fisiológicos de estos últimos años—la colocan en el grupo de las intoxicaciones, y abren una nueva y clara orientación en la terapéutica de la misma.

Los resultados obtenidos en los laboratorios están acordes con un hecho de observación clínica ya antigua: el de que la terminación del parto influye beneficiosamente en la marcha de la enfermedad.

Las grandes estadísticas de Olshausen, Zweifel, Schauta, V. Winckel, etc., demuestran que, vaciado el útero, en el 60-80 por 100 de los casos, cesan los ataques ó sólo se repiten una ó dos veces (Olshausen, Gödecke, Esch, el 80 por 100 en 804 casos; Schauta, el 54 por 100 en 185; Glockner, el 58 por 100 en 134; Seitz, el 74 por 100 en 147).

No influye para nada en el resultado el que el parto termine espontáneamente ó el que se haga necesaria una intervención—forceps, extracción, perforación, etc.;—en uno y otro caso los ataques ceden aproximadamente por igual. Según Olshausen, en los partos espontáneos en el 91 por 100, en los que se ha practicado una intervención en el 87 por 100; según Födecke, en el 77 por 100 y el 83 por 100 respectivamente. La mortalidad resulta en ambos casos también la misma—Dührssen, Seitz.

La consecuencia lógica de estos resultados es la de que á toda eclámptica debe extraérsele el feto y la placenta inmediatamente después del primer ataque.

Esta conducta tan radical han seguido hasta el presente pocos autores—Dührssen, Zweifel, Bumm.

Los resultados por ellos obtenidos hablan, sin embargo, en favor de ella. Zweifel ha hecho descender la mortalidad del 32 por 100 al 15 por 100; Bumm, del 30 por 100 al 14 por 100, y lo conseguido resulta aún más sorprendente, si para puntualizar de una manera exacta la influencia de la intervención inmediata sólo formamos estadística con aquellos casos en los que la evacuación se hizo á tiempo, es decir, poco después de haber tenido lugar el primer ataque. En estas condiciones, la mortalidad de Zweifel desciende hasta el 6 $^1/_2$ por 100 y la de Bumm hasta el 2 $^1/_2$ por 100.

Después de estos resultados no ha de extrañar que en la clínica de este último autor exista la siguiente regla de conducta en el tratamiento de la eclampsia: «Á toda eclámptica se le vaciará el útero un cuarto de hora después de su ingreso.»

Pero si la intervención se hace tarde, y el tóxico de la eclampsia ha determinado ya graves alteraciones necróticas en el hígado y en los riñones, ó se han producido derrames sanguíneos apopléticos en el cerebro, ó la larga duración del estado comatoso ha provocado graves lesiones en el pulmón, entonces la intervención activa tampoco puede ya prestar ayuda, y sus ventajas son nulas.

En los dos últimos casos por mí tratados, á pesar de haber evacuado el útero rápidamente en cuanto me encargué de ellos—en un caso, primeriza de cuarenta años, sin haber comenzado el parto, y por tanto sin haberse iniciado la dilatación, por medio del Bossi en veinticinco minutos, en domicilio; y en el segundo multípara, cuello permeable á un dedo, por medio de la cesárea vaginal, en clínica,—perdí las dos madres, aunque conseguí sacar con vida los dos fetos. Los cito como ejemplo de lo poco que puede conseguirse con la terapéutica activa si se llega tarde. En ambas enfermas se habían iniciado los ataques hacía doce horas, presentándose en el momento de la intervención en un estado comatoso verdaderamente desesperado, casi moribundas.

La terapéutica activa de la eclampsia es relativamente fácil, de ponerla en práctica en los casos en los que los ataques comienzan en un período del parto en el que la dilatación de las partes blandas es completa ó casi completa.

Si la dilatación es suficiente, según el estado en que se encuentre la cabeza, se extraerá el feto por medio de la versión ó del forceps; si el feto está muerto, por perforación.

Si la dilatación del cuello ha comenzado, pero no es suficiente para poder aplicar las cucharas ó para dejar introducir la mano, es recomendable en la práctica á domicilio la versión podálica combinada, ejerciendo tracciones permanentes sobre la extremidad extraída hasta que se complete la dilatación. Con este procedimiento

se puede terminar de dilatar el cuello uterino con tanta rapidez como con el balón, y tiene, para el práctico que no esté habituado al manejo de este último, la ventaja de ser de técnica más sencilla. Aun sustituye á mi entender, con ventajas en la práctica corriente, al dilatador de Bossi, tan en boga hoy, sobre todo entre italianos y alemanes. La dilatación metálica requiere cuidados y conocimientos especiales, de no querer correr el riesgo de producir desgarros del cuello. Algo parecido pudiera decirse de las incisiones dilatadoras á lo Dührssen.

Es posible, aun en los casos en que el cuello sólo sea permeable para un dedo, practicar la versión y determinar la dilatación suficiente del cuello por medio de las nalgas del feto en el término de quince á veinte minutos, es decir, con tanta rapidez como se puede conseguirlo con el dilatador metálico.

Los términos del problema varían, y las dificultades de resolverlo se agrandan considerablemente cuando los ataques se inician ya en el embarazo ó apenas comenzados los primeros dolores de parto, y el cuello permanece intacto.

Se precisa en estos casos, conforme con nuestras ideas, terminar igualmente el parto y en el menor tiempo posible.

En una clínica en donde se dispone de medios, y el personal está iniciado en las modernas intervenciones tocológicas, la operación cesárea vaginal es la operación de elección y la que puede con mayor brillantez y facilidad resolver el conflicto. Para ponerla en práctica no hacen falta más preparativos que los que son indispensables para cualquiera otra operación tocológica, y con ella estamos en condiciones de vaciar un útero grávido en todo momento, sea la mujer primípara ó multípara, esté el cuello como quiera y en el corto espacio de diez á quince minutos. No siendo preciso abrir el peritoneo, no hay tampoco peligro de infectarlo, y representa como traumatismo uno mucho menor que el de la operación cesárea abdominal practicada por primera vez por Halbertsma en casos de eclampsia.

Con el Bossi puede obtenerse igualmente la dilatación en estos casos; yo lo conseguí en el primero de los antes citados, y aunque en él no produje rasgaduras del cuello, no sé hasta qué punto con la dilatación metálica está uno asegurado de no producirlas si se emplea sistemáticamente.

De todas maneras, aun en los casos en los que el parto no está iniciado, en las clínicas hay siempre soluciones; pero en la asistencia á domicilio, la cosa varía.

Si el caso ocurre á domicilio, es condición precisa, si se ha de poner en práctica la terapéutica activa, transportar las enfermas á una Maternidad ó á una clínica, y transportarlas á tiempo, cuando aún

la operación pueda dar resultado. Para eso debe prepararse á los médicos y al público en ese sentido, procurando vencer las dificultades que hoy existen. En caso contrario, el cirujano que intervenga en la casa privada procurará rodearse de las condiciones necesarias de luz, asistentes, etc., si no quiere exponerse á los peligros que por carencia de estos medios pueden presentársele.

Para aquellos casos en que el transporte se haga imposible, y el médico práctico no pueda ni contar siquiera con la ayuda de otro compañero más iniciado que él en esta clase de intervenciones, queda reservado el tratamiento médico: ahí está, á mi entender, su última defensa y su último refugio.

Y es preciso que el tocólogo haga llegar hasta los médicos esta idea, si desea que lleguen á sus manos eclámpticas á *tiempo*. La eclampsia, para el hecho de la terapéutica, es una especie de *tumor maligno*, siendo el tumor que hay que extirpar el feto y la placenta, pues de él ó de ella, ó quizá de ambos, proceden las toxinas que hacen presa del organismo y lo destrozan, teniendo presente que la invasión y destrucción se realiza rapidísimamente, en horas, quizá en minutos.

El tratamiento médico no es un tratamiento en competencia con el quirúrgico. La eclampsia no tiene hasta hoy día tratamiento médico, y el tiempo que se pierde en ensayos es tiempo que aprovechan las toxinas para utilizar las ventajas positivas del quirúrgico.

---

## INVESTIGACIONES EXPERIMENTALES SOBRE EL PERÍODO DE CURACIÓN DE LAS ARTRITIS

Por el Dr. Saturnino García Hurtado
Del Instituto Rubio.

Creemos importante llamar la atención de nuestros compañeros sobre un punto de observación clínica que diariamente nos impresiona, y que suele acarrear funestas consecuencias, tanto para el enfermo como para el concepto que éste pueda formar de la asistencia médica. Nos referimos á saber interpretar con acierto los síntomas que observamos cuando llega el período curativo en los procesos inflamatorios articulares.

Parece á primera vista una cosa trivial y sencilla *que se cae de su peso*, y que hasta el sentido común puede dilucidar, el saber cuándo un proceso inflamatorio articular está curado, una vez que podemos la mayoría de las veces diagnosticar la naturaleza, sitio y extensión del padecimiento.

Nada más lejos de la realidad que esta suposición, al parecer lógica. Los motivos de la dificultad provienen de que es mucho más fácil apreciar las alteraciones anatómicas y funcionales de un órgano ó una región determinada, que los de muchos órganos ó regiones, aun cuando sean estas alteraciones ocasionadas por los padecimientos primitivos de una sola región.

La modificación ó destrucción de los elementos anatómicos de un territorio cualquiera trae aparejadas dos consecuencias funestas, necesariamente eslabonadas. La alteración ó destrucción del órgano y la modificación ó desaparición de la función.

En el orden filogénico, es indudable que la función aparece primero. La satisfacción de las necesidades del animal, con arreglo al medio ambiente, va haciendo aparecer el órgano apropiado, necesario para el ejercicio de la función esencial al medio de vida; pero una vez ésta desarrollada ó constituída, puede entorpecerse ó desaparecer si el órgano se modifica ó altera por el padecimiento.

Es tan verdad esto á los fines de la vida, que bien puede decirse que el hombre se mueve por satisfacer sus necesidades, y que cuando le dan éstas satisfechas, le quitan el estímulo más importante para desarrollarse, que es el ejercicio, sin lo cual la función languidece y decae.

De aquí el principio axiomático de que es necesario para restablecer la normalidad de una región, cuando se ha conseguido la *restitutio ad integrum* del órgano, ejercitarle, educarle ó reeducarle en la función interrumpida, sin lo cual podrá estar todo lo apto ó dispuesto que se quiera á cumplir la misión para la que ha sido creado, pero el resultado final es que esta misión queda incumplida.

Sucede en estos casos como á aquel que dispone de una cantidad de numerario. Allí hay capacidad, energía acumulada para poder hacer algo. Pero mientras este algo no se ejecute, resulta una energía latente completamente estéril.

Cáusanos honda tristeza observar por ahí hijos de nuestros propios compañeros, con lesiones articulares ya curadas hace mucho tiempo, y que continúan todavía en tratamiento de reposo, aboliendo por completo la función hasta hacerla desaparecer, sin percatarse de que lo que resta en estas formas de padecimiento es la impotencia funcional consecutiva á la enfermedad primitiva del órgano.

Recuerdo, entre los enfermos observados, un joven que había tenido que interrumpir sus estudios escolares por una coxalgia que padecía, la cual hacía cinco años estaba curada, á pesar de lo cual llevaba puesto el aparato de Taylor. En cinco meses pudo restablecer la función de la pierna enferma y continuar sus estudios, sin ulterior novedad hasta la fecha, después de ocho años.

Sobre este punto deseo llamar vivamente la atención de los observadores.

Vamos á limitar por ahora nuestro trabajo á los procesos articulares. ¿Cuándo una articulación está curada ó debe comenzar á recuperar los movimientos?

Este es para nosotros uno de los asuntos más difíciles en el estudio de las afecciones ósteo-articulares. Bastante más difícil que el diagnóstico anatomo-patológico, bacteriológico y clínico de la lesión.

Hace unos cuantos años era imposible predecir de un modo satisfactorio la época en la cual la región afecta había llegado á aquel período de normalidad propio para empezar el restablecimiento de la función. Teníamos entonces que valernos de tanteos, suspendiendo la movilización, y volviendo á comenzar cuando cesaba el período de agudización que se producía con los movimientos.

Nuestra conducta era, pues, insegura, y aun después de muchos años de práctica y de poseer, el que lo poseyera, el buen ojo clínico, aun así sufría frecuentes decepciones.

En la actualidad poseemos ya medios más seguros y eficaces para conseguir hacer un buen diagnóstico y orientarnos de modo cierto del estado más ó menos fisiológico del hueso ó articulación.

Mis investigaciones se han dirigido á seguir paso á paso las modificaciones que en el hueso y los tejidos se producen á medida que la enfermedad evoluciona, por la proyección de las sombras y los diferentes tonos de las mismas que los rayos Roentgen producen al impresionar las placas de gelatino bromuro de plata, una vez que han atravesado los tejidos que vamos á estudiar.

Conviene primero que dejemos sentada una observación que la experiencia nos ha proporcionado. Y es que el hueso, cuando se inflama, empieza por perder sales minerales y proyectar en la pantalla de platino-cianuro de bario ó en la placa de gelatino bromuro de plata una sombra más clara que la correspondiente al hueso normal.

Si la inflamación continúa avanzando, el hueso sigue reblandeciéndose, proyectando la sombra cada vez más clara, perdiéndose y esfumándose sus contornos, hasta llegar en algunos casos á borrarse por completo, confundiéndose con los próximos tejidos blandos.

*Una vez esto conocido, tenemos ya el punto de partida ó base fundamental para fijar nuestras observaciones.*

El problema se reduciría á una mayor sencillez, si las sombras que proyectan los huesos fueran sensiblemente iguales en los diferentes individuos. Mas, desgraciadamente, esto no sucede así.

Hay diferencia en el tono de sombra en los sujetos gordos y en los delgados, y la hay mucho mayor en las diferentes edades de la vida. En otros individuos, quizá por alteración grave de sus órga-

nos, es muy difícil hacer una radiografía clara de las regiones, como sucede también en los sujetos anasárquicos ó en los que los tejidos están encharcados ó infiltrados.

Para evitar este gran inconveniente de los diferentes tonos de sombra en los distintos individuos, he recurrido á tomar el tipo normal de la región homóloga no afecta.

En la figura 1.ª puede verse una proyección sagital de la rodilla izquierda normal en flexión máxima, y compararse con la figura 2.ª, que es la rodilla derecha del mismo niño de ocho años, afecta de un proceso tuberculoso epifisario.

Como estas investigaciones experimentales podrían hacerse peculiares de los especialistas en el manejo de los rayos Roentgen, lo cual será una ventaja para ellos, pero un inconveniente para todos los demás compañeros profesionales, hemos procurado ejecutar las experiencias en condiciones tales, que las pueda reproducir cualquiera que tenga alguna práctica en el manejo de los aparatos para la producción de estos rayos.

A este fin damos los consejos siguientes:

La bovina mejor para estas experiencias es la de 45 á 50 centímetros de chispa.

El interruptor electrolítico tiene la ventaja de producir una serie de interrupciones muy rápidas, de mecanismo desconocido, que abrevia grandemente el tiempo de exposición en las radiografías; pero tiene el inconveniente de estropear rápidamente los tubos, que son muy caros, gastar mucha corriente y no dar las tonalidades diferentes de sombras que dan otros interruptores.

El interruptor de mercurio de turbina es excelente para exposiciones largas; da unos tonos de sombra muy claros y perceptibles; gasta poco los tubos; consume poca corriente, y es á propósito para largas exposiciones, tratamiento de los tejidos donde se han implantado las neoplasias malignas operadas y de los epiteliomas y cánceres superficiales; pero tiene el inconveniente mencionado para obtener con él radiografías de la larga exposición á que es necesario someter al paciente.

El interruptor que debe emplearse para estas investigaciones experimentales, hoy por hoy, es el Rotax de la Casa Sanitas, de Berlín, que reúne las ventajas del electrolítico y el de turbina sin sus inconvenenientes, y puede dar hasta ocho mil revoluciones por minuto.

Con este interruptor, una bovina de 45 centímetros y un buen tubo ó ampolla de gran tamaño, con depósito refrigerador de agua, graduando en cada caso las interrupciones con arreglo á la intensidad de la corriente, región á tratar y tiempo de exposición en que quiere hacerse, tenemos lo suficiente para nuestras experiencias.

1

UNIV. OF
CALIFORNIA

2

Fotot pia de Hauser y Menet, Madrid

UNIV. OF
CALIFORNIA

Los tonos de sombra que proyectan los tejidos de los diferentes individuos, aun de la misma edad y al parecer de las mismas condiciones, son diferentes.

No podemos tomar un tono de sombra como punto de comparación. Es necesario, hemos dicho, en cada caso tomar el tono de la región homóloga sana, para lo cual, siempre que sea posible, debe hacerse la exposición de las dos articulaciones, la sana y la enferma á la vez, y así, la distancia de la ampolla y cantidad y calidad de rayos y duración de la exposición son exactamente iguales.

En estas condiciones mencionadas, cualquiera puede ver la diferencia, si la hay, entre una y otra articulación.

Siguiendo el curso del padecimiento, irá notando que, cuando la articulación tiende al estado normal, las sombras que proyecta van teniendo un tono más semejante al del lado sano, los contornos se van marcando y definiendo, las epífisis se van adelgazando, y todo el hueso va tomando un aspecto semejante al del lado opuesto.

Del estudio de estas radiografías se deduce también otra verdad, que hasta ahora no se había tenido en cuenta sino de una manera secundaria ó accesoria.

Se decía antes, tanto en las artritis tuberculosas de la cadera como en las de la rodilla, que, efecto de la basculación de la pelvis, habia un alargamiento de la extremidad; pero este alargamiento no era más que aparente y producido porque la pelvis basculaba ó bajaba del lado enfermo. Pues bien; las radiografías nos demuestran que en todo proceso inflamatorio articular, sobre todo en los niños, y antes de que llegue el período destructivo ó supuratorio, no hay sólo un alargamiento aparente por descenso pelviano, sino un alargamiento positivo y real por aumento del grosor de las epífisis, como puede verse en las radiografías que acompañan á este trabajo y yo he visto en multitud de casos semejantes.

Compárese la distancia del cartílago epifisario al diartrodial en un mismo individuo, y en las regiones normal y afecta, y se verá fácilmente que la rodilla enferma, no sólo ha descendido por basculación de la pelvis, sino por alargamiento real y positivo, debido á que la epífisis ha aumentado en el sentido antero-posterior, transversal y supero-inferior. En este último sentido, el aumento es mayor. La distancia del cartílago epifisario al de incrustación ó diartrodial, suele ser casi el doble en el lado enfermo. Después va disminuyendo esta diferencia hasta llegar el período de curación, en el cual casi ha desaparecido.

Este aumento de volumen de las epífisis, ó terminaciones óseas articulares, lo he observado en todos los procesos inflamatorios de alguna importancia. En el primer período agudo ó congestivo, en

algunos casos, el aumento es considerable. Si el proceso se hace crónico, la disminución de volumen es muy lenta, y en los procesos tuberculosos, al lado de este aumento considerable de las epifisis, se observa una atrofia bastante marcada de las diáfisis (fig. 2.ª).

La resolución epifisaria completa no se observa en algunos casos hasta mucho tiempo después de la curación, y á veces el aumento es persistente.

Dado esto, que es así, no tenemos otro guía en los casos en que la resolución epifisaria no es completa, para considerar el proceso curado ó en condiciones de restablecer la función articular, que el tono que proyectan las sombras.

Cuando los límites del hueso empiezan á definirse con algún vigor, y poco á poco se van acentuando los contornos, es indicio de que las sales minerales van de nuevo fijándose. En estas condiciones, la articulación puede y debe empezar á ejecutar algún movimiento. Conviene que tenga presente, el que dirija este período de curación de los procesos ósteo-articulares, que el hueso tiene dos funciones principales en la economía: la de sostén de las partes blandas y la de tracción ó movimiento de las mismas. Para esto consta de dos clases de trabéculas: las de presión y las de tracción. Conviene restablecer la función haciendo actuar primero las trabéculas de tracción, es decir, ejecutando movimientos en los cuales la parte que se quiere hacer funcionar no tenga que sustentar además el peso de otras partes inmediatas. Visto que los movimientos van siendo cada día más amplios, y el proceso no se agudiza, poco á poco, va haciéndose entrar en juego á las trabéculas de presión, permitiendo ya al hueso, además del movimiento, la acción de sostén.

Con estas precauciones en la mayoría de los enfermos, puede llegarse al restablecimiento más ó menos completo de la función articular.

Desgraciadamente, en la generalidad de los casos se desconocen estos preceptos, y á ojo de buen cubero se trata de restablecer la función articular, ó no se trata siquiera de restablecer, sino que se da por curado al enfermo tan pronto como el proceso inflamatorio ha desaparecido.

Por esta razón andan por ahí tantas deformaciones articulares, anquilosis, empastes, etc., sin preocuparse siquiera el médico de ello, y aceptando el enfermo su situación como cosa inevitable, con lo cual queda demostrada nuestra ignorancia crasa en estos asuntos.

En las fototipias que acompañan á este trabajo nos hemos propuesto demostrar las diferencias extremas en los tonos de sombras.

En la figura 1.ª se destacan perfectamente los contornos óseos de una articulación normal.

3

UNIV. OF CALIFORNIA

4

Fototipia de Hauser y Menet.-Madrid

Las proporciones de tamaño entre la sustancia esponjosa y la compacta, así como la intensidad de las sombras, corresponden al estado fisiológico.

En la figura 2.ª se ve la articulación del lado homólogo enfermo (niño de ocho años, rodilla derecha, proyección lateral como la anterior, tomada en idénticas condiciones, cantidad de rayos, poder de penetración, distancia y duración).

Las diáfisis son muy delgadas y las sombras que proyectan muy claras. Las epífisis han perdido sus contornos, esfumándose en los tejidos próximos, apareciendo como una gran mancha, en la cual se han borrado las líneas de los cartílagos yuxta-epifisarios.

La proyección denota un período inflamatorio próximo á la destrucción epifisaria por supuración. Esta terminación supurativa se provoca en estos casos por la destrucción trabecular, ocasionada por auto-traumatismo, al ejecutar movimientos intempestivos ó al sustentar la articulación el peso de parte de la economía. Puede también á este período seguir otro resolutivo, cuando la articulación se coloca en condiciones abonadas de reposo y buena posición, sin necesidad de intervenir quirúrgicamente, ó haciéndolo sólo más adelante con un fin ortopédico.

Esto ha sucedido con la rodilla cuya proyección representa la figura 4.ª, perteneciente á un sacerdote que traté hace seis años. Era un caso claro de amputación; pero la madre y dos hermanas jóvenes quedaban en la mayor miseria si esto se hacía, y me decidí por el tratamiento conservador, en vista de las circunstancias. La rodilla enferma, que al principio del tratamiento proyectaba una gran mancha, semejante á la de la figura 2.ª, fué poco á poco restableciendo sus contornos y su tono, quedando en el período de curación, con los límites netos y bien definidos que indica la figura 4.ª, hecha hace cinco años.

La figura 3.ª reproduce la rodilla derecha enferma al lado de la izquierda sana de una niña de siete años en el período de curación, á la cual he permitido ahora dar los primeros pasos.

Entre este período resolutivo ó de curación y el de inflamación aguda ó crónica, hay una serie de gamas en los tonos de sombras, que nos indican claramente la evolución del padecimiento. La reproducción de estos tonos intermedios exigiría un gran número de fototipias, si publicásemos las observaciones que tenemos recogidas.

# NUEVAS INVESTIGACIONES SOBRE LAS METAMORFOSIS DE LOS CRISTALES DE ALGUNOS ALCALOIDES EN PRESENCIA DE LOS ÁCIDOS FOSFO-MOLÍBDICO Y FOSFO-TÚNGSTICO

POR ANTONIO LECHA-MARZO
**Interno pensionado de la Facultad de Medicina de Valladolid.**

En nuestro trabajo «La prueba microquímica en el diagnóstico médico-legal de los envenenamientos. Estado actual de la cuestión y contribución experimental» (Congreso de Medicina de Bahía, 1909; *Gaceta Médica del Sur de España*, Febrero-Marzo de 1909), anunciábamos haber obtenido con bastantes alcaloides (brucina, cafeina, atropina, codeína, aconitina, eserina, daturina y cinconina) tratados por el ácido fosfo-molíbdico (reactivo de Sonneschein), precipitados cristalinos, contrariamente á lo que se afirma en las obras modernas de toxicologia (Lewin-Pouchet, Autenrieth, entre otras).

En la *Revista de Medicina y Cirugía prácticas* (Madrid, Marzo 1909) hemos publicado una segunda contribución «Sobre una extraña metamorfosis de los cristales de cinconina en el reactivo de Sonneschein». Colocamos en un porta-objetos varios cristalitos de cinconina pura; agregamos una gota ó dos de reactivo de Sonneschein: aplicamos ó no el cubre-objetos, y procedemos inmediatamente á la observación microscópica, con pocos diámetros (nosotros trabajamos con el ocular 4 y el objetivo 3 Reichert). El fenómeno es sorprendente: los cristales de cinconina, incoloros, dan origen á masas que, primero esféricas, se alargan en seguida, siendo necesario muchas veces cambiar el campo microscópico para seguir la terminación de estas larguísimas prolongaciones. El lugar ocupado primitivamente por los cristales de cinconina sirve de punto de reunión á varias prolongaciones. Podría hablarse de una pseudo-germinación de los cristales de cinconina en el ácido fosfo-molíbdico. El color de dichas raíces es moreno café, y lo más curioso es presenciar su formación con luz directa ó con luz reflejada por el espejo; terminan en punta ó extremos redondeados, y podría distinguirse una zona cortical y una zona medular, las dos granulosas.

Esta interesante metamorfosis de los cristales de cinconina es una cosa bien distinta de las cristalizaciones ordinarias y de la formación de precipitados amorfos. Los preparados se conservan por los procedimientos ordinarios. Se absorbe el reactivo con papel secante, se lava rápidamente con cloroformo y montaje con bálsamo del Canadá.

Este resultado nos ha conducido á otras investigaciones, que resumimos hoy brevemente á nuestros lectores de la REVISTA IBERO-AMERICANA DE CIENCIAS MÉDICAS.

Hemos tratado de investigar si los cristales de cinconina sufrirían parecida transformación con otros reactivos de los alcaloides, reactivos de Mayer, Marmé, Mandelin, Fhröde, Ferreira da Silva, cloruro de paladio, cloruro de platino, ácido pícrico, etc., y los resultados fueron negativos. En cambio, con el ácido fosfo-túngstico (solución acuosa al 1 por 100), observé la formación de raíces delgadísimas, incoloras.

He estudiado la acción del ácido fosfo-molíbdico sobre los cristales de distintos alcaloides y cuerpos derivados de los albuminoides. Con la brucina, cafeína, veratrina, daturina, papaverina, narceína, atropina, heroína, codeína, narcotina, fisostigmina, muscarina y con la urea, tirosina, xantina, guanidina, creatina y creatinina, los resultados fueron negativos. Por el contrario, hemos obtenido resultados positivos con la quinina por la acción del reactivo de Sonneschein y negativos con el ácido fosfo-túngstico. Los cristales de estricnina originaron con el reactivo de Sonneschein larguísimas prolongaciones, las más gruesas con un doble contorno, menos abundantes (y casi incoloras) que las que origina la cinconina; la morfina, con el mismo reactivo, originó también figuras muy características, prolongaciones de color moreno-café, rápidas en formarse, cónicas unas, de la forma de tubérculos alargados otras. Con la aconitina hemos asistido también á la formación de cuerpos esféricos, en los que podría distinguirse un núcleo, una zona periférica más clara y otra excéntrica á ésta más coloreada, en la que aparecen también raíces, algunas larguísimas. Los preparados son también bellísimos.

La estricnina con el ácido fosfo-túngstico daba también origen á las raíces de que hablábamos, pero escasas y con una zona granulosa alrededor. Los cristales de morfina con el ácido fosfo-túngstico no originan el fenómeno, y los de aconitina producen, por el contrario, largas prolongaciones, con segmentos engastados unos en otros. Á veces los segmentos más distantes son los más gruesos, y el extremo de la raíz, al formarse, aparece rodeado por una tenue nubécula que le da el aspecto de una célula caliciforme; estas prolongaciones que origina la aconitina presentan á veces en su interior tal complicación, que un observador no prevenido no pensaría hallarse frente á formas originadas por reacciones químicas.

Creemos que estos resultados, además de su valor teórico, interesan al químico-legista. Las preparaciones son diferentes, según el alcaloide empleado; en una más extensa monografía, que preparamos, demostraremos esto con micro-fotografías.

Laboratorio de Medicina legal, Marzo de 1909.

# EXPLORACION FÍSICA DEL ESTÓMAGO

## CONFERENCIA DADA EN EL INSTITUTO DE TERAPÉUTICA OPERATORIA

POR EL DR. R. LUIS Y YAGÜE
Del Instituto Rubio.

Es la primera vez, señores, que me vuelvo á honrar ocupando este sitio después de la muerte de mi querido maestro, el doctor D. Eduardo Moreno Zancudo, y no puedo, y creo que no debo, y aunque pudiera y debiera no querría que mis primeras palabras no fueran para su justo enaltecimiento, puesto que fué, para honor de esta Institución, el fundador científico de la especialidad gastropatológica en España; de otra parte, la gratitud no me lo consentiría, ya que á él debí mi iniciación en este género de conocimientos.

Seguramente, sus enseñanzas y su memoria perdurarán por siempre entre nosotros; pero para hacer este recuerdo más seguro, el Dr. Campello y yo, en nombre del Dispensario, hemos ofrecido al Instituto ese retrato, en que, por lo fiel del parecido, parece su imagen resurgida entre nosotros.

El hecho infausto de su muerte, más sentida aún por lo prematura, dejaba vacante la dirección del Dispensario, y esto fué causa de que se me elevara á él por nuestro Director, Sr. Dr. D. Eugenio Gutiérrez; y aun cuando creí y sigo creyendo que fué notoriamente injusta y equivocada su decisión, no puedo tampoco, ni creo que debo dejar de significar mi gratitud y mi sincero reconocimiento á él y á todos ustedes, que me testimoniaron con ello nuevamente su afecto.

Y cumplidos estos deberes, que no hacen grato el motivo, voy á exponer, tan sucintamente como el tiempo lo consiente, lo que puede ser más útil saber al práctico de la «Exploración física del estómago.»

No es mi ánimo agotar el asunto con la exposición de cuanto se ha aconsejado, se hace ó se ha hecho para adquirir por el empleo de medios físicos datos con que poder efectuar el diagnóstico de las gastropatías, tan fácilmente como sea dable, sino referir los más comunes y aceptados, dando á conocer su justo valor clínico y tendiendo más á hacer su exposición útil que la enumeración brillante y deslumbradora, sobre todo porque la Medicina práctica es ante todo utilidad, y ésta se basa, más que en la erudición que informa, en el criterio que juzga y selecciona.

A este fin seguiré en esta sencilla exposición el mismo orden que es común emplear en el examen físico de todo enfermo del estómago, que comienza por la inspección, continúa con la palpación y

concluye, las más de las veces, con la percusión, y rara vez con la gastro diafanía ó la rengencopia, pues la gastroscopia no es aún recurso realmente útil.

*Posición para el examen.*—Después de obtenidos los datos que el interrogatorio es susceptible de proporcionarnos, el enfermo debe descubrirse completamente el vientre y tenderse para su examen sobre una cama de altura media, que consienta dominar fácil y completamente el abdomen, permaneciendo echado en decúbito supino, con cabecera baja, sobre lecho más bien duro, los brazos extendidos á lo largo del tronco, los talones juntos y las piernas dobladas y abiertas, á ser posible descansando en toda su extensión, para evitar todo temblor. El médico debe estar de pie á su lado derecho, al nivel de su flanco, y exactamente perpendicular á él ó muy ligeramente vuelto hacia su cara.

Lo más común es efectuar este reconocimiento sobre mesas, sofás ó sillones adecuados; los mejores son siempre los más sencillos, y los menos útiles los más complicados; en general, el sencillo sofá de gutapercha, con pequeño cabezal fijo, es preferible á toda mesa, y ésta á los sillones. Lo más fundamental en ellas es la altura, que debe ser la necesaria para poder explorar con absoluta comodidad, sin estar agachado porque sea baja, ni tocar difícilmente por ser demasiado alta.

Insisto en estos detalles, porque se dice en muchos libros que el enfermo debe estar acostado en la cama ordinaria, y el médico sentado en ella ó á su lado derecho; y esto ni es posible en general, dada la altura de las camas españolas, ni cuando éstas son bajas consiente posición cómoda, pues si nos sentamos al lado, nos estorban nuestras propias piernas, y si lo hacemos en la misma cama en dirección hacia la cara del enfermo, careceremos de la perfecta movilidad, necesaria para la cómoda y completa palpación.

*Inspección.*—Mirando la pared abdominal en su porción epigástrica, nos apercibimos de su color, el estado de su circulación, su forma y sus movimientos.

El *color* es generalmente el mismo que el del resto de la piel; rara vez es más pigmentado; si así acontece, suele serlo las más de las veces como consecuencia de aplicaciones revulsivas anteriores; alguna vez se aprecian manchas nacaradas de pequeñas cicatrices, debidas con frecuencia, sobre todo en las gentes campesinas, al empleo anterior de sanguijuelas. Pocas veces existen dermatosis en actividad ó vestigios de ellas, y esto puede tener algún pequeño valor diagnóstico, puesto que cuando coinciden con las de otras regiones y no tienen carácter claramente local, permiten la posibilidad de relacionar su existencia con la de la gastropatía; tal suele acontecer

en los artríticos con sus dispepsias con fermentaciones anormales ó exageradas.

La *circulación* de la región epigástrica rara vez sufre cambios estimables. Cuando esto acontece, lo es las más de las veces por hacerse ostensibles y más ó menos turgentes sus venas, mucho más apreciables aun entonces en los hipocondrios y regiones laterales del abdomen, y esto no tiene lugar en las gastropatías más que cuando coinciden ó son secundarias á afecciones del hígado con dificultades á la circulación porta; de aquí su relativo escaso valor.

Mucha mayor lo tiene *la forma* del epigastrio. Prominente, plana ó hundida en toda la región, da indicio muy estimable de la situación y estado del estómago, puesto que sólo las tumoraciones ó la contracción gástrica son susceptibles de abultarla; comúnmente es plana; y aparece hundida cuando el estómago está descendido, y menos veces por su vacuidad ó retracción.

Alguna vez, muy raras, existen en la mitad superior de la línea media un pequeño abultamiento por tumoración subcutánea que más tarde comprueba el tacto, y que es simplemente la infrecuente hernia epigástrica, tan escandalosa á veces por sus síntomas secundarios, sobre todo en algunos neurópatas.

Pocas, muy pocas veces también, cuando nó hay panículo adiposo y la piel es muy laxa, son perceptibles tumoraciones más profundas, que se ven moverse, isócronas, con los movimientos respiratorios.

Suelen también percibirse depresiones fijas; si éstas son verticales ú oblicuas de arriba abajo, pueden inducir á pensar en la biloculación del estómago, y Einhorn la ha diagnosticado, según afirman, valiéndose de este signo, comprobándose después por examen anatomo-patológico posterior.

Algunas veces el estómago hace ligero relieve, y se puede ver su forma y su límite inferior; esto es, sin embargo, excepcional, y está muy lejos de la afirmación de Knapp, que asegura es dable siempre ver este límite con luz refleja en la espiración.

Si se quiere conceder, sin embargo, el debido valor á la forma del epigastrio, es menester relacionarlo con la general del abdomen, porque sin ello sus datos pueden tener escaso valor ó errónea interpretación. En estos últimos tiempos ha adquirido ésta singular importancia, pues desde los trabajos de Glenard, algunos de sus discípulos, particularmente Sigaud, Vincent y Casaët, vienen difundiendo su valor y primordial interés. Sus tipos fundamentales son: el *vientre fuerte,* de aspecto redondeado, con forma constante estando de pies y acostado el enfermo, y el *vientre débil,* descendente en la posición vertical, y aplanado ó irregular en decúbito supino; estos

dos tipos son los extremos de la escala, y entre ellos señalan muchos grados, que constituyen variedades. Mas necesario es reconocer que es muy difícil hacer esta apreciación, y aún más estimarla en el valor que ellos la confieren. Para la clínica parece más conveniente aceptar como formas más comunes, enumeradas en escala gradual desde el mayor al menor vigor de los órganos digestivos contenidos en la cavidad abdominal, las siguientes:

Vientre (V.) *en tonel,* ó redondo en su conjunto, y á veces muy prominente, sobre todo en la región umbilical;

V. *plano*;

V. *de batracio*, ó de rana, aplanado-hundido en el centro y saliente de los flancos;

V. en S *echada* (ω), hundido en el epigastrio, saliente en la región umbilical y menos hundido en la hipogástrica;

V. en *islotes,* con prominencias y abolladuras irregulares que recuerdan la superficie de una masa irregular de engrudo espeso, y, por último, el

V. en *teja* ó *barco*, uniformemente hundido desde el apéndice xifoides al pubis, que suele hallarse en los emaciados, y como tipo en los saturninos.

Es difícil hacer de ellos la representación gráfica, pues algunas formas no son susceptibles de dibujo esquemático; pero si nos fuera permitido éste, las representaríamos como medio nemo-técnico por las líneas de la fig. 1.ª, y en que, como se comprenderá, siendo diseños del perfil, el vientre en islotes y el batracio no hallamos manera más hábil de expresarlos que la puesta.

Los *movimientos* anómalos de la región epigástrica tienen comúnmente gran importancia por su valor diagnóstico. Son éstos como generales, los latidos, las ondulaciones y la tensión intermitente.

Los latidos son vasculares, y, por lo tanto, isócronos con el pulso; siguen casi siempre la dirección de la aorta abdominal; son bien visibles y muy penosos para los que los sufren, que suelen llamar siempre la atención hacia ellos. Suscitados por espasmo vascular, no tienen relación directa con las gastropatías, sino con la condición neuropática de quien las sufre, las más de las veces bien ostensible.

Las *ondulaciones epigástricas poseen,* en cambio, valor diagnóstico primordial. Son movimientos ondulatorios que arrancan del hipocondrio izquierdo y recorren sucesivamente el epigastrio, ó la región umbilical si en ella se encuentra descendido el estómago, para venir á terminar en su porción derecha ó en el hipocondrio de este lado, en el sitio donde se encuentra el píloro. Espontáneas unas veces, en particular en el período digestivo, las más necesitan ser

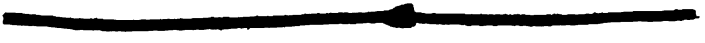
suscitadas por estímulo del estómago, hecho por palpación ó sucusión digital ligera, ó por la aplicación de la mano fría. Kusmaul fué

Fig.ª 1.ª

FORMAS DEL VIENTRE
(PERFILES.)
(esquemático)

Vientre en tonel.

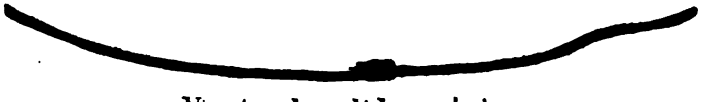
Vientre plano.



Vientre batracio.

Vientre en S echada.

Vientre en islotes.



Vientre hundido en teja.

quien las dió á conocer, y desde entonces su observación se hizo frecuente y fácil. Son producidas por la onda contráctil de la pared

gástrica hecha ostensible por su violencia y la delgadez, las más de las veces, de la pared abdominal; y tienen por origen las dificultades que el estómago encuentra para evacuar su contenido por estrechez del piloro, rara vez espasmódica y transitoria, y las más orgánica y permanente. Algunas veces puede dudarse si son del estómago ó intestinales; pero se las puede diferenciar, porque en éstas la dirección de la sonda es de derecha á izquierda, no de izquierda á derecha, como en las del estómago; suelen estar localizadas más altas y acompañadas, al concluir, de ruidos hidroaéreos bien perceptibles sin auscultación.

Por excepción se ve el epigastrio abombarse, mantenerse en este estado algunos momentos, y luego aplanarse, para continuar más tarde, y alternativamente, abombándose y aplanándose, sin relación alguna con los movimientos respiratorios y sin esfuerzo alguno del enfermo; es la que se conoce con el nombre de *tensión intermitente* del epigastrio desde que Bouveret la señaló, y tiene la misma explicación que las ondulaciones, aun cuando supone mucho menor grado que aquella de dificultad al libre curso alimenticio.

Alternando con ella, ó sin que ésta se presente, es aún más excepcional observar el abultamiento más permanente de la región epigástrica, por espasmo continuo del estómago *ó rigidez gástrica* de Boas, verdadera rareza clínica que tiene la misma patogenia que los dos anteriores, y, por lo tanto, igual significación, pues no son más que gradaciones ó períodos funcionales sucesivos del estómago, órgano musculoso y contráctil, reaccionando contra un obstáculo órico, que se opone á la evacuación de su contenido.

La inspección efectuada en el decúbito supino debe ser complementada por la del enfermo puesto de pie, única manera de comprobar de modo evidente y más ostensible ciertas alteraciones, y en particular los cambios de posición visceral (ptoses), tan frecuentes en las pluríparas.

*Palpación.*—Una vez hecha la inspección, aplícanse las manos sobre la pared abdominal, y se explora por el tacto la región epigástrica, siendo indispensable para efectuarla con fruto que el enfermo se halle en la posición de decúbito supino antes indicada.

La palpación debe ser bimanual, suave, lenta, topográfica y progresiva, efectuándose primero superficial y sin esfuerzo alguno, y más tarde profunda por mayor presión, y en uno y otro caso recorriendo sucesiva y ordenadamente toda la región y las inmediatas.

Para llevarla á cabo con fruto es necesario que las manos estén calientes, pues frías provocan reacciones contráctiles de la pared abdominal y de los órganos internos, no consintiendo incidentalmente obtener fácil y seguramente todos los datos.

Por ser infebriles las gastropatías comunes, rara vez tiene importancia la estimación de la *temperatura*, primer dato que al aplicar las manos se recoge, y que es más perceptible con el dorso de las mismas que con su palma; cuando existe elevación, no suele ser circunscrita, sino general, y en armonía con la del resto del organismo.

Mucho más valor clínico tiene la *tensión abdominal*, que Vincent, con gran acierto, ha desdoblado en *renitencia* ó resistencia que la pared ofrece á su depresión por el esfuerzo de la mano, y *elasticidad* ó facilidad y rapidez con que se rehace de la depresión efectuada, puesto que miden en cierto grado el estado de vigor funcional de los órganos encerrados en el abdomen, y, por tanto, en este caso el del estómago.

La *sensibilidad* superficial y profunda son apreciadas también por la palpación. El contacto, la presión y el pellizcamiento bastan para la primera, que puede ser medida ó explorada más exactamente por los estesiómetros, rara vez empleados para ello. Para la profunda se usa el tacto ó los gastro-algesímetros; de éstos, el más comúnmente empleado es el de Boas.

La existencia, forma, volumen, consistencia y situación de los tumores y su fijeza ó movilidad respiratoria, se aprecian y determinan asimismo por la palpación de la región epigástrica, y tienen importancia primordial en clínica.

Si imprimimos pequeñas sacudidas combinadas al epigastrio por sucusión digital, no pocas veces se percibe á su nivel un ruido hidroaéreo más ó menos claro ú oscuro y circunscrito ó extenso, producido por la conmoción de los líquidos y materiales contenidos en el estómago; es el ruido conocido con el nombre de clapotage ó bazuqueo, de que hemos de ocuparnos al hablar del examen de la motricidad gástrica.

Junto á él ha señalado Sigaud el ruido de estallido, que se obtiene del mismo modo efectuando la depresión brusca y rápida de la parte media del epigastrio, debido á las mismas causas que el anterior, de averiguación mucho menos fácil y de mucho menor valor clínico.

Al lado de estos procedimientos de palpación activa manual, se ha propuesto (Capua, Guiffré) la *palpación pasiva* del estómago, para lo cual se hace ingerir al enfermo una pequeña cantidad de líquido, doscientos gramos de leche, por ejemplo, y se le hace acostar con la pelvis alta, el tronco en plano inclinado y la cabeza baja; el líquido viene á ocupar así la parte más declive del estómago, que es la curvadura menor, si entonces se hace toser al enfermo el diafragma rechaza bruscamente el líquido hasta el límite inferior de la cavidad gástrica, siendo fácil apreciar dónde está situado por el

choque de la oleada líquida si se tiene en este momento la mano puesta en el epigastrio.

Se ha intentado dividir artificialmente en dos la cavidad del estómago, apoyando en la región el borde cubital de la mano, y conseguido efectuar la sucusión digital; el choque de la masa líquida, más apreciable por la estrechez que se provoca, permitiría la determinación exacta del límite inferior del estómago; pero este procedimiento, introducido en la práctica por Cavazzani y por el bautizado con el nombre sugestivo de *digastroscopia*, no parece prestar reales servicios, ni procurar datos que no se obtengan por las exploraciones ya indicadas.

Tratando de ampliar los que proporciona la palpación manual, se ha recurrido á efectuar la de instrumentos introducidos en el estómago; Leube fué quien por primera vez lo llevó á cabo, introduciendo en el estómago una sonda rígida y tocando su extremidad en la región epigástrica; los riesgos de las sondas duras hicieron á sustituirlas por las blandas, exentas de peligro, pero sin duda ninguna menos fáciles de palpar. Aun éstas, no pocas veces no siguen axactamente la curvadura mayor, y de aquí que no consientan entonces su exacta delimitación y la del píloro; para obviarlo, Kalm ha construído un tubo que, por llevar en el interior una espiral metálica, se adapta exactamente á la curvadura, cuando se tiene el cuidado de introducirla dando vueltas como para enroscar un tornillo, y más fácil de palpar por llevar á su extremidad una pequeña pelota insuflable de cautchouc. Aun cuando esta exploración se efectúe en estado de vacuidad, y acostado el enfermo, no se logra tocar la extremidad de la sonda en el tercio de los explorados (Jaworski).

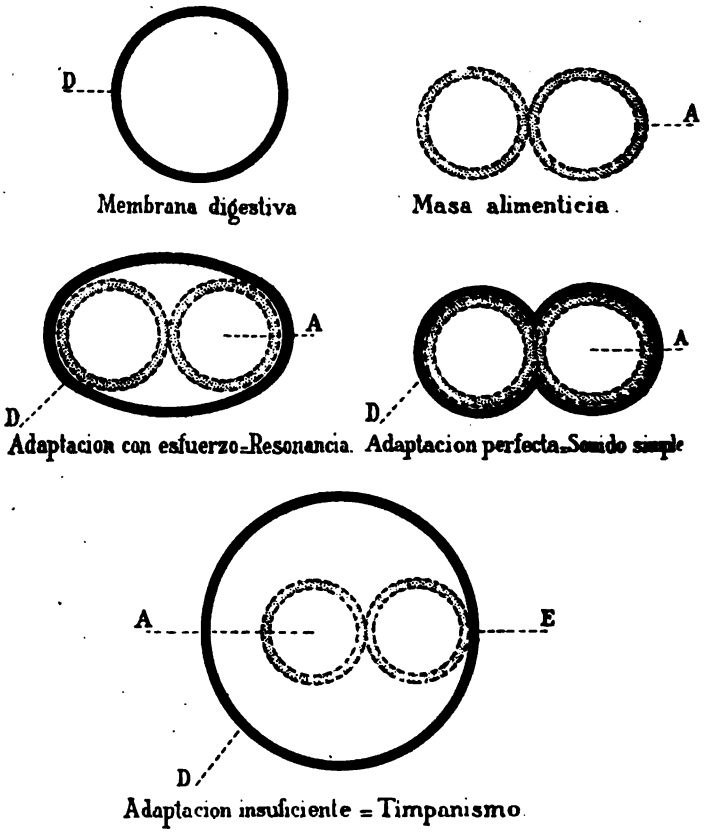
La introducción de una pelota insuflable, seguida de percusión de la región epigástrica, con registro por aparato adecuado del movimiento transmitido á la columna de aire (*transmisión gástrica ó registro esfigmográfico*, de Queirolo y Landi) no se emplea por su falta de utilidad clínica.

*Percusión.*—La percusión de la región epigástrica ha de ser siempre metódica y ligera, pues se trata de delimitar partes contiguas por diferencias de tonalidades del sonido obtenido, que no podrían obtenerse golpeando con alguna fuerza (Yasentsenko). Salvo indicaciones especialísimas, no debe efectuarse nunca estando el enfermo de pie.

La escuela de Sigaud ha dado á los datos obtenidos por la percusión singularísima importancia, con fundamentos científicos y conclusiones tan detallistas, que llevan á inevitable confusión. La membrana digestiva, dicen, no es inerte, sino viva y vibrátil, é introducida en ella la masa alimenticia según el grado de vigor, se

adaptará más ó menos ó dejará de adaptarse á ella, dando en cada caso sonido distinto á la percusión, que traducirá perfectamente su grado de vitalidad. Los estados fundamentales, representados en el adjunto esquema (fig. 2.ª), que tomamos de la obrita de Chaillou y Mac-Anliffe, son: la adaptación perfecta, grado superior de energía ó

Fig.ª 2.ª




vigor fisiológico; la adaptación con esfuerzo, y la insuficiente, grados sucesivos de la decadencia funcional digestiva, que se traducen en la percusión por el sonido simple, la resonancia y el timpanismo, pudiendo cada uno de ellos ser elevado, medio ó bajo, y combinándose ó repartiéndose topográfica ó irregularmente, según el estado del aparato digestivo, y según se halle en vacuidad ó reposo (sonido fundamental), ó en digestión (sonido funcional). De la distribución más frecuente de las zonas y tonos de los sonidos logrables se han

hecho tipos ó *damiers*, que no hemos aprendido á diferenciar aún en la clínica; ¡tan variados, equívocos y difíciles son!

Lo interesante es, sin duda alguna, determinar los límites del estómago, y muy particularmente el inferior. El superior puede hacerse por percusión simple ó con posición inclinada por pelvis alta y cabeza baja, é ingestión de un líquido, como ya hemos indicado. Se halla normalmente en el borde izquierdo esternal, al nivel de la quinta costilla, de donde se dirige hacia afuera y abajo, hasta estar en la línea axilar anterior en el séptimo espacio intercostal. Cuando el estómago está descendido todo el límite superior, puede estar en plena región epigástrica. El límite inferior está normalmente en la unión del tercio inferior con el tercio medio de la línea xifo-umbilical (Obratzow); en los casos de descenso puede llegar á estar hasta en plena región hipogástrica. El píloro suele hallarse sobre la línea que partiera de la parte media de la novena costilla, donde algunas veces se toca.

Por percusión se determinan la posición, dimensiones y forma del estómago, cuando no se oponen á ello parcial ó completamente el grueso de la pared abdominal, su sensibilidad, ó la gran tensión muscular involuntaria.

| | | Vertical. | Horizontal. | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Se consideran como dimensiones normales.. | Hombre. | 11 á 14 c. | 21 c. | Siendo su proporción de. | 1 á 1,5 ó 2 |
| | Mujer... | 10 | 18 | | 1 á 1,8 ó 2 |

cifras que determinó Pacanowski y publican todos los autores, pero que nos parecen muy elevadas para los españoles, y en particular la horizontal, que no suele alcanzar los 15 c.

*Insuflación.*—No pocas veces, para hacer más evidentes los datos ó para encontrarlos nuevos, se apela á llenar de gases la cavidad gástrica. Puede hacerse introduciendo aire por medio de una pera de cautchouc y la sonda (Runeberg); insuflándole directamente con la boca por la sonda (Bouveret), ó haciendo tragar el tubito de goma de la pera del termocauterio (Guinard), ó, lo que es más común, haciendo ingerir sucesivamente soluciones débiles (1 ó 2 gramos) ó fuertes (4 ó 6 gramos) de bicarbonato de sosa y ácido tártrico (Frerichs, Zienzen). Conviene siempre proceder con prudencia, detenerse en el momento que el enfermo se queje de tensión, y en las mezclas gasíferas comenzar por las dosis débiles, repitiéndolas si fuera preciso; no olvidando que 20 gramos de bicarbonato de sosa y 18 de ácido tártrico dan lugar á 5 litros de ácido carbónico (Boas), y, por tanto, que 2 gramos de cada uno dan lugar, aproximadamente, á 500 c. c. de gas.

Cuando se quiere determinar de modo relativamente exacto la capacidad del estómago, es preciso valerse de peras de cautchouc, cuyo contenido se ha medido expulsándolo previamente en una campana graduada, ó poniendo la sonda en relación con frascos bitubulados (aparato de Jaworski) ú otros dispositivos particulares.

La insuflación hace más diferenciable el estómago, en particular por inspección y percusión, consintiendo determinar su asiento, dirección, situación, movilidad y capacidad; hace cambiar la situación de los tumores que en él radican, permitiendo su desplazamiento afirmar si asientan en él ó en órganos vecinos, é inducir si están en zona visible, si son ó no adherentes á órganos de las inmediaciones. La confluencia de las curvas delimita de modo preciso la situación del píloro. El paso rápido del gas al intestino con imposibilidad, sin eructos, de llenar el estómago al tratar de insuflarle, sirven para inducir la incontinencia del píloro.

El valor de la insuflación no es, sin embargo, absoluto, y así Guinard encontró biloculación gástrica, cuando la insuflación no la había mostrado.

Y no está exenta de peligros (Penzold, Leube), por lo que conviene manejarla con mucha prudencia.

*Auscultación.*—La auscultación simple no proporciona datos estimables; los más interesantes corresponden á la deglución, y no son, por tanto, propiamente gástricos; ni tampoco les da la percusión auscultada á que en particular, á raíz del descubrimiento del fonendoscopio, quiso concederse gran valor; de aquí que generalmente no se emplee, como tampoco es usada la percusión pleximétrica con auscultación que preconizó Leichtenstern.

La *gastrodiafanía,* que fundó Millot y ha popularizado Einhorn, consiste, como es sabido, en la introducción, conteniendo el estómago agua, de una sonda adecuada, que lleva en su extremidad una lamparita eléctrica que consiente ver por transparencia la situación y estado del estómago; no suele proporcionar datos que no procuren los demás procedimientos de exploración física ya indicados, y de aquí lo limitado de su empleo.

Ni la gastroscopia que creó Mikulicz, ni mucho menos la fotografía del interior del estómago, son hasta ahora recursos útiles, sino tentativas laudables, tan ingeniosas como arriesgadas é ineficaces.

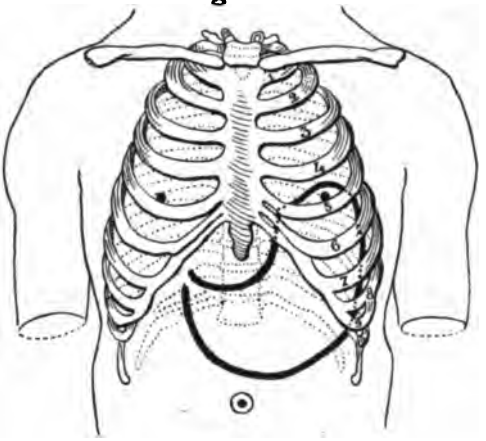
Mucho más útil es el examen del estómago con ayuda de los rayos Roentgen, valiéndose de la introducción de instrumentos impermeables, á esta luz, ó preferentemente de cuerpos que no lo sean ó de comidas á las cuales se mezclan estos (como bismuto, etc.), y examinando después con la pantalla fluoroscópica. De este modo ha

podido, y se puede las más de las veces, apreciar la situación del estómago, destacar exactamente su límite y ver la manera de evacuar su contenido. Sin embargo, ni los datos son aún definitivos, ni la instalación que su aplicación requiere consiente su generalización á la clínica. Lo que impone aún sensible limitación al procedimiento.

Haciendo ahora aplicación de los datos que son susceptibles de proporcionar los distintos medios de exploración indicados, podríamos destacar para la clínica los siguientes tipos fundamentales gástricos, que pueden presentarse puros, como pocas veces sucede, ó combinarse, como acontece las más, en formas mixtas y variadas, innecesarias de señalar:

El *estómago normal,* cuya topografía ya hemos indicado (fig. 3.ª).

Fig.ª 3.ª

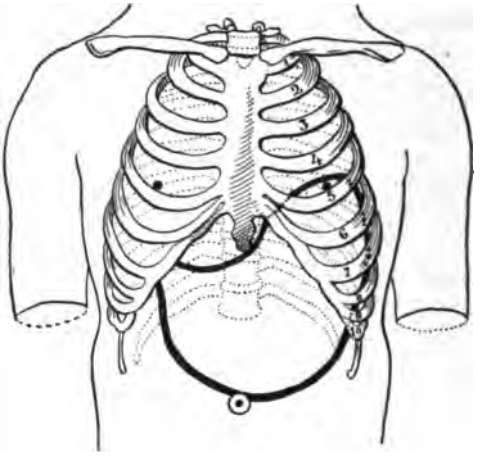


Estómago normal.

El *estómago grande (megastria*, Ewald, fig. 4.ª) de los grandes comedores y bebedores, de posición fisiológica, pero aumentado en todas sus dimensiones, cuyo límite superior ocupa la situación normal ó muy próximo á ella y el límite inferior está bastante descendido, siendo todas las líneas de percusión muy superiores á las normales.

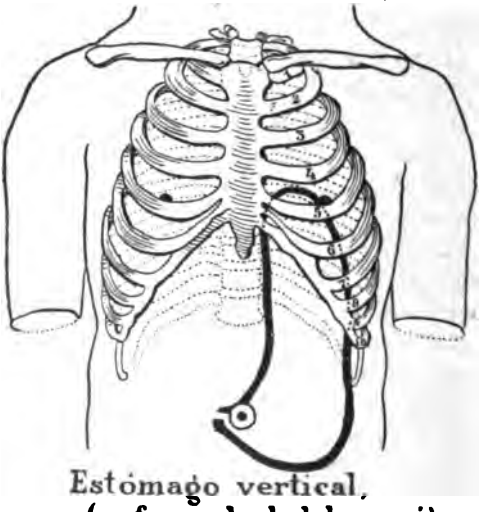
El *estómago vertical* (fig. 5.ª), desplazado casi exclusivamente por el uso prematuro del corsé apretado, y de aquí su nombre de enfermedad del corsé; dirigido rectamente de abajo arriba, con aumento de su dimensión vertical, descenso del fondo mayor y disminución de la extensión transversal.

Fig.ª 4.ª



Megastria.

Fig.ª 5.ª

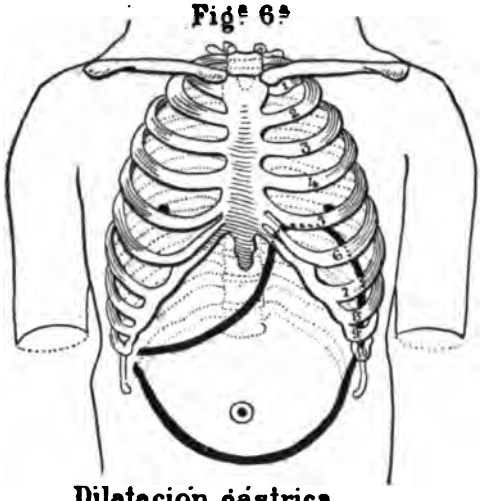


Estómago vertical,
(enfermedad del corsé).

La *gastroectasia* ó *dilatación gástrica* (fig. 6.ª), por insuficiencia motriz del estómago, las menos veces idiopática y las más produ-

cida por estenosis pilórica, con aumento gradual y no pocas veces enorme de la capacidad y descenso subsiguiente del órgano.

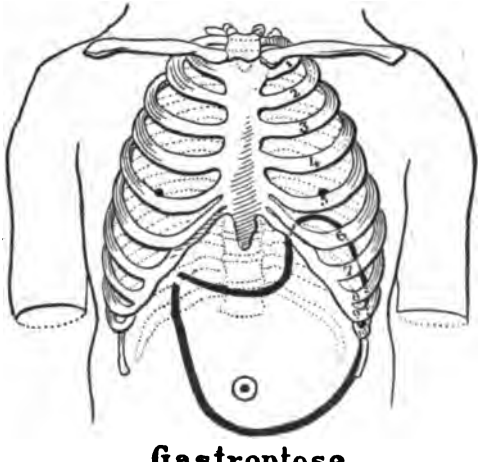
Fig.ª 6.ª



Dilatación gástrica.
(Gastroectasia).

Y, por último, la *gastroptose* (fig. 7.ª), en que el estómago está simplemente descendido, pero sin aumento ostensible ó con escaso

Fig.ª 7.ª



Gastroptose.

acrecentamiento de su capacidad y, por tanto, de sus líneas de percusión.

# ¿PUEDEN TRANSMITIRSE Á LOS HIJOS LAS IMPRESIONES Y SUGESTIONES MATERNAS Ó PATERNAS?

POR EL DR. D. ANTONIO GOTA
De Zaragoza.

> Que merveille que cette goute de sperme dont nous tirons notre origine, et qui renferme en elle les empreintes non seulement de la forme corporelle, mais aussi, des idées et inclinations de nos peres!
>
> MONTAIGNE

Antes de hipnotizar un día Sir Joseph Barret, ilustre presidente de la Society for Psychical Researchs de Londres, á una cliente suya, cuyo nombre le estaba velado citar, hubo ésta de decirle que no tardaría mucho en quedarse embarazada.—¡Qué mal haría usted en ello!—le contestó el observador insigne.

Sumida otra vez la cliente en el sueño artificial, le habló al doctor, una vez interrogada, sobre su extremada fecundidad.

Fué contando la sujeto á su médico un número de casos propios de embarazo gemelar de sexo distinto, manifestándole la posibilidad de dar á luz otros dos fetos de diferente sexo.—¡Aún haría usted peor!—prorrumpió el doctor eximio.

Llegó el tiempo del parto, y parió niña y niño.

En manera alguna, pensó para sí el profesor aludido, se trata aquí de una coincidencia, de un hecho casual; la casualidad—se decía—no existe, como el gran Leibnizt sostenía. ¿Se trataba en este caso de un fenómeno determinado por la autosugestión?

Muchos de esos hechos que suelen incluirse en la categoría de sugestiones, nos prueban, de un modo incontrastable, la influencia de la imaginación sobre el organismo humano. Verdad es, que los límites por hoy de este campo de influjo no están bien definidos, pero día llegará en que puedan fijarse mejor.

Abraza á este respecto la literatura médica alguna que otra observación que milita en favor de la acción autosugestiva.

Observemos detenidamente, con verdadero espíritu crítico, los singulares casos de *telegonia*, bien sea animal—fisiología comparada—ó humana; fijémonos en el fenómeno especial de las *marcas*, *manchas* ó *huellas fetales*, atribuídas por el vulgo al poder imaginativo de la madre; ocupémonos de los casos de herencia influída, del hecho, bien comprobado, de la *estigmatización* espontánea ó de la provocada en estos últimos tiempos, para deducir de todo ello lo que nos sugiera nuestro criterio imparcial y exento de prejuicios.

I

*Telegonia animal.*—La famosa yegua de lord Morton, de color crema, al aparearse con un caballo castaño, tuvo un potro idéntico á éste. Estando la yegua con otro amo, fué cubierta por un caballo blanco, y parió por segunda vez una potra del mismo color castaño ó marrón. A los dos años, en las cuadras del marqués de Hughes, donde fué á parar dicha yegua, la fecundó un hermoso caballo negro, y parió dos potros completamente blancos, ó sea, con los mismos caracteres del segundo caballo, al que la yegua no había jamás vuelto á ver. Al cuarto cruzamiento nació el lechal con marcas ó señales distintas.

Se han encontrado casos auténticos que nos evidencian el incontrastable influjo del primer productor, en camadas y crías de cerdos, perros, conejos y otros animales domésticos.

Una excelente perra, de raza *Saintonce*, se aparea por vez primera con un perro legítimo de *Setter*, y pare un cachorro igual á ella. Se une después con otro perro *sabueso*, y pare cuatro cachorros, cuyos principales rasgos eran los de la precitada raza de *Saintonce*. Esta manifiesta influencia del progenitor se ha podido comprobar en palomas, tórtolas, canarios, psitacos, calandrias y otras aves.

De lo que se sigue, que el primer macho—en los animales mayores—suele ejercer una cierta influencia sobre las crías; de la misma manera que entre los animales pequeños, los hijos de determinados padres conservan á veces, los caracteres más salientes del progenitor. Es decir, que, según los hechos, el primer macho debe producir una intensa impresión en la hembra, impresión que subsiste por mucho tiempo.

*Telegonia humana.*—Con alguna frecuencia, los hijos de un segundo matrimonio, tienen cierto parecido al marido difunto. Se ha demostrado que una mujer blanca, viuda de un negro, ha parido niños mulatos, hallándose casada en segundas nupcias con un blanco.

En tales casos, se ha creído ver la singular influencia ejercida en la madre del feto, que anteriormente había experimentado así como *cierta potencialidad paterna*. En otros términos: el feto fué impresionado á su debido tiempo de un *algo* por intermedio del esperma; esta influencia viene á contaminar á la madre, la cual conserva para el tiempo futuro un conjunto de cualidades latentes del primer marido. ¿No pudiera ser esto el efecto de una primera impresión visual?

Desde que los fenómenos de la sugestión han sido comprobados, después de una continuada serie de estudios experimentales, adquiere la influencia psicológica tanta importancia como el agente biológico. Los influjos psicológicos dejan sus indelebles huellas en el individuo que los ha experimentado; estas huellas son conservadas en el sistema nervioso del sujeto, hasta llegar á ser la causa de ciertas modificaciones en los descendientes. La impresión recibida por los padres—del padre y de la madre,—¿por qué no siendo bastante profunda, suficientemente intensa, no había de repercutir, no sólo en el dominio psíquico, sino en el organismo del niño?

*Impresiones visuales manifiestas.*—Una señora, presencia al principio de su embarazo, el horroroso atropello de un niño por un carro. La rueda del vehículo le pasó por la parte superior de la espalda, causándole una porción de lesiones graves de los tejidos blandos y huesos. Á su debido tiempo dió á luz dicha dama una niña, sin osificar las cinco primeras costillas en su porción posterior y los omoplatos (1).

Presenció en Santiago de Cuba una mujer en cinta, el hecho desgraciado de ser arrollado en un ingenio, por una máquina, un niño de corta edad. Al momento quedó con los brazos completamente destrozados, y hubo que amputárselos. La dama parió un robusto niño (2) que carecía de ambos miembros superiores.

La hermana del célebre naturalista Milne-Edwards, hallándose embarazada de tres meses, tanto se asustó al ver la herida de un hijo suyo, producida al caer contra el borde de un lavabo de marmol, que parió una niña con una *marca* rojiza longitudinal, exactamente idéntica y en el mismo sitio en el que se hubo inferido la lesión el citado niño (3).

Existe en el Museo Anatómico de Milán el ejemplar de una niña fallecida á los tres días del nacimiento. Su piel, cubierta de espeso vello desde la cintura á la cabeza, dábale el aspecto de un animal. Veíanse en otras regiones del cuerpo algunas pequeñas *manchas* de un color moreno negruzco. Lo más notable del caso es que dichas *manchas de nacimiento* también las había en la superficie del cerebro.

La madre, como refieren los catedráticos de Medicina, Walieri y Scozi, les contó á éstos que, al poco tiempo de quedarse embarazada, se sorprendió á la vista de un mono, conducido por unos titiri-

---

(1) *Die Nissbildungen des Menschen.* Forsten. Eiben, 1901. Berlin.
(2) *Revue des Deux Mondes*, pág. 305, 1883. Paris.
(3) *Neue deutche Rundchau.* Johann Gottlanb. April, 1904. Hamburg.

teros; vestido el animal con pantalones que dejaban al descubierto la mitad superior de su cuerpo (1).

Relata el insigne Lincoln, en su libro último, el curioso caso que vamos á exponer. Pare una señora un niño con estas particularidades: lisa y reluciente casi toda la piel del cuerpo, á la par que endurecida, como si realmente estuviere constituída por un tejido cicatricial. En la cara, manos y pies destacábase con mayor intensidad ese mismo aspecto dérmico. Reanversado hacia la nariz, y como adherido, el labio superior. Los párpados desprovistos de pestañas, y la lengua, conductos auditivos externos y entrada de las fosas nasales—copiamos literalmente esta aserción—se hallaban recubiertos de un tejido especial rojizo. Había nacido además sin cejas (2).

Tratando de investigar los antecedentes del caso, pudo averiguar el sabio Lincoln, que había visto la madre durante los primeros meses de su embarazo, á un joven pastor que, á consecuencia del incendio de un pajar donde dormía, presentaba las huellas indelebles de las intensas quemaduras que en diversas partes de su cuerpo había sufrido.

Desde los más remotos tiempos y en todos los pueblos domina la creencia de que las emociones experimentadas por la vista de objetos repugnantes, de accidentes desgraciados, de sucesos conmovedores, por parte de la mujer gestada, suelen influenciar al feto *in útero*.

Muchos hijos llevan las *huellas*, las *marcas* de las *impresiones violentas*—según la universal creencia, y en esto atengámonos al adagio antiguo que dice: *vox populi, vox Dei*—sufridas por la madre en la gestación, lo que acontece, no solamente bajo la forma de perturbacions psíquicas, tales como sentimientos anormales, sino de defectuosidades de los órganos.

Semejantes fenómenos han sido, desde los más remotos tiempos, citados por observadores distinguidos, mientras que en otros sabios no menos esclarecidos (3), pero escépticos, su desconfianza reposa en la dificultad de explicar de un modo satisfactorio el mecanismo de los mismos.

No obstante, sin pretender dilucidar totalmente este curioso proceso, se sabe que se han recogido idénticos hechos en el mismo medio en que se produjeron, al objeto de formular juicios más severos.

---

(1) *La Nuova Antologia*. Luigi Scozi, pág. 244, 1906.

(2) *On hirsute growt in a female*. The Lancet, 1899, pág. 121. H. Schowne. London.

(3) Goeffroy-Saint-Hilaire, Valantine, Montgomery, Liegeois, Liebault, Rokitanski, Carpenter, Gaultier, etc., están por la afirmativa; Buffon, Burdach y Blondel, por la negativa.

*Impresiones de otra índole.*—En la admirable obra del profesor Jasinski(1)encontramos perfectamente detallado el hecho siguiente: «Pulna Konstantinov, distinguida comadrona de San Petersburgo, hallándose asistiendo en su parto normal á la esposa del maquinista de una fábrica de papel, notó que, apenas expulsada la cabeza fetal, le instaba la madre, llorosa y agitada, á que sobre todo atendiera á la cara del recién nacido, que la consideraba desfigurada ó alterada. Al efecto, miró y examinó la comadrona al niño detenidamente, y cuál no fué su sorpresa al encontrar la cara de éste con una porción de manchas rojizas que le duraron toda la vida. El maquinista murió á consecuencia de la explosión de la caldera de dicha fábrica, con dos infortunados obreros más. Dos vecinas obreras contaron á la viuda el desgraciado suceso con los detalles más nimios. El texto indica que no vió la parturienta el cadáver de su esposo; por tanto, hay que admitir una directa influencia ejercida por su imaginación sobre el feto, en virtud de un especial mecanismo autosugestivo. Compréndese que la potente impresión moral materna bastaba por sí sola para suscitar imágenes en su cerebro, que representaran la espantosa escena del accidente de la fábrica de papel.»

Muchos defectos físicos, que acostumbramos los médicos á atribuir á la herencia, deben ser, en su inmensa mayoría, el resultado de una intensa, de una profunda impresión moral; es decir, un influjo de impresiones de cuanto rodea á la madre durante su estado de gestación. Parece que la experiencia nos demuestra que las impresiones continuas tengan una marcada repercusión en el feto.

## II

Los casos de *herencia influída* son mucho más frecuentes de lo que comúnmente se cree.

*Transmisión del estado materno.*—Una mujer, vuelta loca á consecuencia de excesos alcohólicos, presenta un temblor generalizado. Tiene dos hijos, y ambos nacen con el mismo temblor, síntoma especial que en ellos persiste hasta la época de su pubertad (2).

Fué testigo presencial el profesor Schneiden, de Bremen, del caso singular de una niña que había heredado un gesto de su madre, una mueca, desde el momento de nacer. Dicho gesto no podía en manera alguna obedecer á la imitación (3).

Cuenta la historia imparcial de Luis XIV, que uno de sus hijos

(1) *Bilderbuch aus meiner Knabenzeit.* Kerner, 158. Traduc. Forel. 1908. Berlín.
(2) *Psychologie phisiologique.* Cardel, pág. 850. 1905. París.
(3) *Stigmatex histeriques.* Baudrimont, pág. 157. 1906. París.

ilegítimos fué concebido en una crisis de lágrimas de Mlle. de Montespan, en el curso de las solemnes ceremonias de las fiestas llamadas del jubileo. Reproducía el niño el llanto morboso y otras excentricidades de su madre, como afirmaban los cortesanos de aquella época, desde el momento del nacimiento hasta la edad de nueve años; por este motivo, los contemporáneos de tal rey lo designaban com el sobrenombre de *el niño del jubileo* (1).

Cita Darwin en sus obras la observación del profesor Galton Riviére, considerada para él de suma importancia respecto de la influencia á que aludimos.

Presentaba una señora sueca un sueño morboso. Especie de *narcolepsia histérica*, manifestada por largos períodos sómnicos soporosos, acompañados de contracturas más ó menos generalizadas, de cuatro á cinco días de duración, y sin presentar la dama ninguna otra alteración funcional. Dos de sus hijos ofrecían el mismo estado patológico, apreciado que fué en tres generaciones (2).

*Transmisión del estado paterno.*—El renombrado neuro-clínico Kraft-Ebing conocia á un notable barítono que, cuantas veces aparecía en escena, sufría incesantes náuseas; especie de *trac* pertinaz, del que no podia sustraerse. Su padre era también cantor, y ofrecía la misma disposición morbosa. Desconociendo el hijo el singular defecto de su padre, no podía tener lugar el fenómeno por el mecanismo de la imitación, tan frecuente en los neurópatas. El profesor pudo hipnotizarle y curar de tan molesto accidente (3).

Refiere Quatrefages, en su obra última, que en una familia de artesanos hubo ocho hijos. De éstos, cuatro eran normales y los otros cuatro imbéciles. Los últimos fueron concebidos durante la embriaguez del padre. Ningún interés tendría tal hecho, sino fuera además citado por Raimond, Sollier, Regis, etc.

Es un hecho comprobado, que los hijos concebidos hallándose el padre ebrio, ofrecen (4), con frecuencia, los signos característicos, las señales inequívocas de la intoxicación alcohólica, como entorpecimiento de los sentidos, perversión de los sentimientos, ausencia de ciertas facultades psíquicas, temblor y dificultad en los movimientos.

Una porción de biólogos sostienen que las impresiones del padre explican que los hermanos posean, con relativa frecuencia, distintas capacidades, temperamentos, tendencias, hábitos y caracteres.

*(Concluirá.)*

---

(1) *Le Sphins.* 7. 302. Letournean. 1900. París.

(2) *Revue de l'Hipnotisme*, pág. 225. 1905. París.

(3) *Sommerbrodt in den Weiner medezinischen Presse. Kraft-Ebing.* 1902. Traduc.-Lannay.

(4) *Los accidentes histéricos y las sugestiones terapéuticas.* José Ingegnieros. Página 169. 1904. Buenos Aires.

# REVISTA DE ESPECIALIDADES

POR EL PROFESORADO DEL INSTITUTO RUBIO

## Ano é intestino grueso.

**Extirpación de un voluminoso tumor del colon transverso, con foco secundario adherido á la cabeza del páncreas y del tronco de la vena mesentérica superior.** *(Revista Crítica de Medicina y Cirugía*, Noviembre de 1908.)

*Clínica del Dr. Doyen:*

Vamos á operar hoy un tumor voluminoso y muy fluctuante de la región epigástrica. Este tumor, que en la posición vertical desciende debajo del ombligo, puede subir en el decúbito dorsal hasta las falsas costillas.

Existe un segundo núcleo, mucho más fijo, á nivel de la región pilórica. Ningún síntoma permite suponer que se trate de un tumor del estómago; antes al contrario, la enferma expulsa por el ano materias sanguinolentas que, al parecer, dimanan de una ulceración del colon transverso.

*Operación.*—Hago una incisión cutánea supra y subumbilical de 15 centímetros. Unos lienzos esterilizados son inmediatamente fijados al borde de la piel con ayuda de mis pinzas erinas. Abrimos el peritoneo. El principal tumor, extraído con facilidad, comprende toda la parte media del colon transverso, midiendo de 12 á 15 centímetros en todas direcciones. El segundo tumor es menos fluctuante. La región pilórica se halla íntimamente adherida á él y se nota, hundiendo el epiplón gastrocólico, que está igualmente adherido á la cabeza del páncreas. El peritoneo contiguo es bastante movible. La operación es posible, aunque grave. Vamos, pues, á practicar la extracción de los dos tumores.

*Extirpación del colon transverso.*—Primeramente, aislo con los dedos el colon transverso más arriba del tumor, en la contigüidad del colon ascendente; aplasto el intestino grueso, ligo en el curso del aplastador y secciono, después de haber aplicado debajo de la ligadura unas pinzas de presión continua que impiden toda irrucción de las materias.

Practico asimismo el aplastamiento y la ligadura en masa del colon transverso del lado izquierdo, más abajo del tumor. Unas

compresas esterilizadas protegen todo el campo operatorio. Hundo entonces el mesocolon transverso, que liga en tres pedículos, después de haber aplastado cada uno de ellos. Lo que queda del epiplón gastrocólico es aplastado y ligado á su vez.

Queda por separar la masa subpilórica. Abro el peritoneo que la envuelve. Como veis, aparece inmediamente el tronco de la vena mesentérica superior, que es tan voluminosa como el dedo.

El desalojamiento del tumor hace necesaria la sección de dos colaterales en el punto de su implantación sobre el tronco principal.

Coloco inmediatamente una pequeña pinza de presión continua sobre los orificios de la vena, y sigo practicando el aislamiento del tumor. Hay que cercenar algunos milímetros la cabeza del páncreas. He aquí toda la masa separada de ese lado; no está ya adherida sino á la región pilórica. Ya veis cómo las paredes del estómago y del duodeno están adheridas á la superficie del tumor, sin ser invadidas por él. Llego á separarlo completamente. Una pequeña hemorragia superficial que se produce es atajada provisionalmente por medio de la compresión.

*Reparación del campo operatorio.*—Se trata ahora de cerrar definitivamente las dos porciones del colon, de reparar las brechas mesentéricas y de hacer una enteroanastomosis entre el íleon y la S ilíaca.

Cierro primeramente el extremo superior del colon por medio de una doble sutura en cordón de bolsa, que excluye de la cavidad peritoneal el pequeño pedículo intestinal. La misma operación se practica sobre el extremo inferior. Cinco ó seis vasos dan sangre en la cara posterior de la región pilórica, lo mismo sobre el estómago que sobre el duodeno. Estos pequeños orificios vasculares son cerrados con seda fina por medio de otras tantas suturas en cordón de bolsa.

Hay que asegurar ahora la hemostasis de los dos orificios de la vena mesentérica superior. Es retirada la pinza elástica. La compresión es efectuada provisionalmente con los dedos, y los orificios son cerrados mediante una sutura venosa con seda fina.

Reparo entonces las brechas peritoneales por medio de algunas suturas. Estas suturas fijan á contigüidad el uno del otro los extremos superior é inferior del colon y aislan la región del resto del peritoneo.

Una compresa es colocada en ese punto, con el fin de asegurar el drenaje de los pedículos mesentéricos por capilaridad.

Las hojas peritoneales profundas son suturadas luego con punto separado, de suerte que provoquen la formación de adherencias en torno del taponamiento.

Cierro entonces el vientre por encima de la compresa; luego por debajo de ella, mediante una sutura de puntos separados con seda.

*Enteroanastomosis.*—Queda por practicar la enteroanastomosis. Para ello, véome obligado á prolongar hacia abajo la incisión abdominal en una longitud de 5 centímetros. Unos lienzos esterilizados son inmediatamente fijados al borde de la piel por medio de algunas pinzas erinas. Atraigo hacia afuera el ciego y la terminación del íleon, luego la S ilíaca, y escojo un punto, donde se efectuará la enteroanastomosis sin tirantez. La copróstasis es practicada por medio de pinzas elásticas, y efectúo la enteroanastomosis por mi procedimiento habitual.

No tenemos ya que hacer otra cosa sino cerrar el vientre. La sutura de la aponeurosis y de la línea blanca es hecha con seda y por puntos separados.

DR. F. MARTÍNEZ SUÁREZ

## Cirugia del aparato digestivo.

**La dirección del yeyuno en la gastroenterostomía,** por Moynihan (Leeds). (*Annals of Sugeri*, Abril 1908.)

El mejor argumento en favor de la gastroenterostomía posterior, es la posibilidad de practicar la abertura yeyunal lo más cerca posible del ángulo izquierdo del duodeno, lo que permite evitar la acodadura, causa principal de las complicaciones post-operatorias. Por el contrario, es difícil decir, en el estado actual de la ciencia, si el yeyuno debe ser fijado verticalmente, ó es necesario inclinarle á la derecha ó á la izquierda. Al principio, Moynihan le daba dirección ligeramente oblicua hacia abajo y á la derecha; pero á medida que su práctica se hizo más extensa, tuvo más tendencia á enderezar el intestino, de manera que las dos aberturas gástrica y yeyunal tengan dirección lo más cercana posible á la vertical; en caso de oblicuidad, debe ser hacia la derecha. Desde que ha preferido esta técnica no ha observado vómitos inmediatos ni tardíos después de la operación en más de 200 casos. Los cirujanos que le imitan están igualmente satisfechos.

Sin embargo, W. J. Mayo (de Rochester) opina, desde 1906, que para evitar los vómitos de bilis después de la gastroenterostomía, el yeyuno debe ser aplicado á la cara posterior del estómago, en dirección oblicua hacia abajo y á la izquierda, que es la normal, puesto que cuando lo hace hacia abajo y la derecha puede resultar acodadura en un punto cualquiera entre el ángulo duodeno yeyunal y el abocamiento yeyuno gástrico, con trastorno de la circulación biliar.

Aun no admitiendo las razones algo teóricas de Mayo, ha queri-

do Moynihan ensayar la técnica que aquél aconseja, y los resultados que obtuvo estuvieron bien lejos de ser tan favorables como los obtenidos con su procedimiento. Las tres veces que la hizo tuvo vómitos de bilis, ligeros en dos casos, y en el tercero, recordando los accidentes del círculo vicioso, que felizmente no se observa ya. Ruthenford, Morison y otros cirujanos que siguieron también la conducta de Mayo, tuvieron muy mal sus enfermos.

Estos accidentes no podían ser atribuídos evidentemente sólo á la direción del yeyuno; su causa parecía escapar, hasta que Moynihan hizo la autopsia á su tercer enfermo, que había tenido abundantes regurgitaciones biliosas y murió en plena caquexia, con ictericia y ascitis, hallando que el cáncer, por el cual se había practicado la gastroyeyunostomía, había invadido el hígado; el yeyuno estaba fijo al estómago; se dirigía abajo y á la izquierda, hacia el riñón correspondiente; no había adherencias, pero entre la anastomosis y el ángulo duodeno yeyunal había una acodadura muy clara; podría decirse, viéndola, que el duodeno había sido torcido sobre su eje longitudinal antes de ser fijado al estómago; desinsertado, se vió que su abertura no estaba exactamente situada en oposición de inserción del mesenterio, de donde la torsión, causa indiscutible de los vómitos por dificultad funcional en el extremo aferente. Es probable que una torsión semejante ha debido provocar los mismos accidentes en los casos en que el yeyuno se dirigía abajo y á la derecha. La dirección del yeyuno parece, pues, por ella misma, no ser la causa.

Mayo dice que normalmente la porción inicial del yeyuno se dirige abajo y á la izquierda y un poco arriba hacia el riñón izquierdo. Es indudable que cuando se mira la cavidad abdominal sobre la mesa de autopsias ú operaciones, estando el sujeto en decúbito dorsal, es la dirección indicada la que con más frecuencia se observa; se explica por la presencia del ángulo duodeno yeyunal á la izquierda de la línea media, de dónde la tendencia natural del intestino á caer hacia este lado. Pero si se vuelve el sujeto de un lado cualquiera y se abre entonces el vientre, se ve que la dirección del yeyuno varía en consecuencia, por ser sus ataduras suficientemente largas para permitirle con la misma facilidad ir al lado derecho que al izquierdo; una y otra oblicuidad favorecen en el mismo grado la circulación intestinal, y Mayo está mal fundamentado al hablar de «dirección normal».

El yeyuno puede haber sido fijado en oblicuidad derecha, sea por un repliegue mosocólico, sea por adherencias que se le adhieren á la cara posteroinferior del mesocolon transverso, sin que se originen por ello fenómenos de obstrucción intestinal.

La oblicuidad á izquierda ó derecha del yeyuno en la gastroenterostomía es, pues, indiferente, y los éxitos en serie de Mayo y Moynihan, que siguen conducta opuesta, lo prueban ampliamente. Lo esencial es que entre el ángulo duodenal y la anastomosis, el yeyuno no sufra ninguna torsión en el momento del acto operatorio.

---

**La atropina en la estrangulación herniaria**, por H. Rabll.
(*Munch. med. Woch*, 27 Octubre 1908.)

Refiere cuatro observaciones de hernia estrangulada, que enseñan el valor de las inyecciones de atropina en los diferentes grados de esta afección.

*Primer caso.*—Niño de tres años con hernia inguinal estrangulada, tratada sin éxito por taxis; inyectó subcutáneamente 3 miligramos de atropina; por la noche; delirio furioso, convulsiones, piel seca, aceleración cardíaca; se le dió baño caliente de hora y media, con aplicación de compresas frías sobre la cabeza; dos horas después habían desaparecido la hernia y el delirio; durmió profundamente, y al día siguiente estaba curado por completo.

*Segundo caso.*—Niño de doce años con hernia inguinal izquierda estrangulada, con taxis imposible á causa del dolor; inyección de un miligramo de atropina, con desaparición de la hernia á las cuatro horas.

*Tercer caso.*—Hombre de treinta y cinco años, con hernia escrotal estrangulada; taxis sin éxito; inyección de 6 miligramos de atropina en la región pubiana; el dolor y la hernia habían desaparecido al día siguiente, habiendo tenido midriasis y dolor durante la noche.

*Quinto caso.*—Hombre de veinticinco años, con hernia escrotal estrangulada; inyección de 3 miligramos de atropina en la región ilíaca. Los dolores aumentan; nueva inyección de 2 miligramos cinco horas después de la primera. Desaparición de la hernia y dolores al día siguiente. La atropina parece, sin embargo, haber determinado en este caso parálisis vesical y debilitamiento general, del cual sucumbió el enfermo un mes después.

Rabl no ha tenido jamás insuceso por este tratamiento. La dosis de atropina no debe ser inferior á 3 miligramos en el adulto.

DR. R. L. Y YAGÜE

---

## Cirugía infantil.

Interesa por igual á médicos y cirujanos que tratan niños enfermos, el conocer el trabajo que extractamos, publicado en la *Province Médicale*, 3 Octubre 1908, por los doctores Sargnon, Borlatier y Mas-

tier, y que versa acerca del *Tratamiento de las estenosis agudas de la laringe en los niños pequeños, por las inyecciones de morfina.*

Comienzan los autores de este trabajo por indicar que hasta el presente ha sido noción universalmente aceptada la de que el opio debía ser proscrito de una manera absoluta de la terapéutica infantil. Esta opinión se ha divulgado con tal profusión por los tratadistas de enfermedades de niños, que pocos ó, mejor pudiéramos decir, ningún médico se atrevía á emplear los opiáceos en niños menores de tres años.

Semejante conducta parecía plenamente justificada, sobre todo, recordando que se han señalado accidentes muy graves y aun mortales, debidos al empleo de los preparados de opio. Una sola excepción se hacía en favor de la codeína, empleada, es cierto, con gran prudencia. *Variot*, en su libro sobre la difteria y la seroterapia (1898), relata una centena de casos de crup, en los cuales la codeína, administrada por la boca, á la dosis de uno y de dos centigramos, producía una sedación marcada del *tirage*, permitiendo la curación de los enfermos sin intervención operatoria, ó cuando más con la sola dilatación de la glotis.

*Sevestre,* después de haber criticado el empleo de la codeína, ha vuelto sobre su opinión y la ha empleado él mismo.

En una serie de artículos recientes, los doctores *Lesage* y *Cléret* llaman la atención acerca de los resultados felices que les ha dado el empleo de la morfina, usada en inyecciones hipodérmicas en niños pequeños, aun en el período de lactancia, en casos de afecciones espasmódicas de la glotis.

Partiendo del principio de que los accidentes peligrosos de la medicación opiácea en los niños eran debidos á los otros alcaloides que se obtienen del opio y no á la morfina, estos autores han recurrido á las inyecciones de morfina en multitud de casos de espasmos laríngeos y de laringitis diftéricas graves, obteniendo los más satisfactorios resultados.

Animados por numerosos éxitos obtenidos, y observando la tolerancia de los niños á las dosis empleadas de morfina, han concluído por sentar que, sin peligro alguno, pueden emplearse las siguientes dosis.

En el primer año, un tercio de centímetro cúbico de la solución al 1 por 100 de clorhidrato de morfina.

En el segundo año, medio centímetro cúbico.

En el tercer año, un centímetro cúbico.

Por encima de tres años, un centímetro cúbico.

Estas son las dosis mínimas que ellos han empleado al principio, y que después han aumentado.

Todos sus enfermos han soportado perfectamente esta medicación. Lesage y Cléret han visto, en casos en que el espasmo laríngeo parecía indicar una intervención urgente, disminuir el tirage, quedar tranquilo el niño y después dormirse. El enfermito se despertaba generalmente al cabo de cinco ó seis horas; pero en este momento el *tirage* no existia ni se reproducía.

Dichos autores han empleado el mismo tratamiento en niños en los que el entubamiento había sido necesario. El empleo de la morfina en tales casos les ha permitido disminuir muy sensiblemente la duración del entubamiento y algunas veces reducirle á seis horas.

Las importantes conclusiones que consignan son:

1.ª La morfina en el niño es soportada muy bien, y su empleo no ofrece ningún peligro, aun en los niños en lactancia.

2.ª La morfina permite disminuir en una gran proporción el número de intervenciones que habrían sido necesarias á causa del espasmo en el curso de afecciones laríngeas del niño, en particular en el crup.

3.ª La morfina, disminuyendo las intervenciones, reduce al mínimum los peligros de infección secundaria, de lesiones laríngeas inmediatas y tardías, y abrevia la duración de la afección causal.

DR. PABLO LOZANO

## Ginecología.

**Tratamiento de la placenta previa**, por el profesor Krönig. (*Zentralbl. f. Gynec.*, núm. 46.)

La mortalidad en los casos de inserción viciosa de la placenta es debida á la hemorragia casi siempre, y esta hemorragia depende de la distensión del istmo uterino que determina el desprendimiento de la inserción placentaria; por lo tanto, para Krönig, el objetivo del tocólogo debe ser impedir en lo posible esta distensión, evitando que el parto se verifique por esta vía. Por eso cree que la operación cesárea abdominal clásica es el mejor tratamiento de la placenta previa, y que dicha operación será tanto más eficaz cuando más pronto se practique, apenas iniciado el parto, cuando el cuello está poco dilatado.

Según él, debe preferirse la cesárea clásica á la extraperitoneal cervical y á la cesárea vaginal, porque estas dos tienen el inconveniente de comprender en la incisión el área placentaria cuando la placenta se inserta sobre la pared anterior del útero, á más de que la cesárea vaginal expone á los desgarros del segmento inferior.

La cesárea extraperitoneal de Sellheim y de Frank suele favore-

cer las hemorragias, lo que ha obligado varias veces al primero á practicar el taponamiento del istmo y de la vagina, medio que no ha tenido que emplear Krönig en las seis cesáreas clásicas que ha practicado durante el año último, por placenta previa. Y cuando en algún caso ocurra una hemorragia algo abundante ó que sea difícil cohibir, aconseja que se practique en seguida la amputación supravaginal del útero.

Según dicho profesor, la cesárea debe ser sustituída por otros métodos cuando la dilatación del cuello está ya muy avanzada ó se trata de una mujer infectada, recurriendo en el primer caso á la versión y esperando el parto espontáneo, pero extrayendo la placenta inmediatamente después de expulsado el feto; y en el segundo, se podrá practicar la cesárea vaginal anterior, si la placenta se inserta sobre la pared posterior, ó recurrir al método de Braxton Hicks en caso contrario.

Aunque respetemos mucho las ideas del profesor Krönig, y el tratamiento que recomienda no tenga novedad, puesto que en 1902 publicó el profesor Carbonelli, cirujano jefe de la Maternidad de Turín, tres casos de operación cesárea por placenta previa, que fueron objeto de una comunicación presentada al Congreso Internacional de Obstetricia y Ginecología celebrado en Roma en Septiembre del mismo año, no creemos que pueda utizarse en la práctica particular, en la que seguirán imperando los antiguos procedimientos de dilatación rápida, manual ó instrumental, seguida de versión, etc.

Recientemente se ha discutido el método de la cesárea extraperitoneal en el Congreso especial que la Sociedad Italiana de Obstetricia y Ginecología ha celebrado en Génova en Octubre último, con motivo de un caso de operación cesárea extraperitoneal, presentado por el Dr. Oliva, y que recayó en una parturiente con infección grave por rotura de la bolsa amniótica á los ocho meses de embarazo.

Recurrió el Dr. Oliva á la cesárea extraperitoneal siguiendo la técnica propuesta por Sellheim y por Frank, muriendo la madre y el feto. Con este motivo refirió Ferroni otro caso de cesárea extraperitoneal por cáncer del recto reproducido que llenaba la excavación pelviana, permitiendo apenas la introducción de un dedo en la vagina. Tropezó con grandes dificultades en el acto operatorio, y la incisión transversal del segmento inferior del útero dió lugar á una hemorragia casi incoercible, por lo cual concluye que este procedimiento debe limitarse á los casos de embarazo á término y con segmento inferior muy distendido que permite una incisión amplia.

No creemos que tenga ninguna ventaja la cesárea extraperito-

neal de Sellheim y Frank sobre la cesárea clásica, cuando ésta se practica como es hoy uso y costumbre en las grandes clínicas, extrayendo el útero fuera de la cavidad abdominal, rodeándolo de compresas húmedas calientes, y ocluyendo la herida con compresas y pinzas, lo que equivale á hacer extraperitonealmente la cesárea, puesto que la cavidad abdominal está bien protegida. De todos modos, repetimos que es un procedimiento que quedará relegado á las clínicas, pues en la práctica particular no habrán de encontrarse facilidades para ponerlo en práctica, aunque parezca que la mortalidad sea inferior á la de los antiguos procedimientos.

DR. GUTIÉRREZ

## Medicina interna.

**Tratamiento de un caso de pleuresía sero-fibrinosa aguda con gran derrame**, por A. Robin. *(Bull, Gén. de Thérapeutique*, 30 Septiembre 1908.)

La toracentesis es indispensable cuando el derrame, por su abundancia, compromete la vida ó permanece estacionario durante tres ó cuatro septenarios. Los accidentes de la toracentesis se deben más bien á la rapidez con que se evacúa el líquido, que no á la cantidad extraída: se debe extraer el líquido muy lentamente.

El tratamiento de un caso de este género exige el régimen lácteo absoluto (2 litros en veinticuatro horas) y el empleo de los calomelanos, que se administrarán mezclados á partes iguales con azúcar de leche, en cuatro tomas, á la dosis de 0,10 centigramos, de hora en hora. (Abstenerse de esta preparación si las deposiciones son regulares.) Al día siguiente de los calomelanos se darán dos gramos de salicilato de sosa, en cuatro dosis, cuyo tratamiento se continuará hasta que sea necesario administrar de nuevo los calomelanos.

El jaborandi (4 gramos en 150 de agua hirviendo) proporciona á veces buenos resultados, pero ofrece también inconvenientes. Está desde luego contraindicado cuando existe depresión de fuerzas, y el corazón se muestra debilitado ó desplazado. Así que es tratamiento sólo indicado en los sujetos fuertes, con derrames febriles muy agudos, disnea violenta ó cuando la colección no tiende á reabsorberse pasadas tres ó cuatro semanas.

Si no se practica la toracentesis, se aplicará un gran vejigatorio, á condición de separarlo en cuanto se produzca la rubefacción y espolvorearlo con alcanfor, reemplazándolo después por una cataplasma de harina de arroz bien caliente. Dos ó cuatro vejigatorios son suficientes para una pleuresía. En caso de fiebre persistente, se dará 0,30 centigramos de piramidón, y diez minutos más tarde,

0,40 ó 0,60 centigramos de clorhidrato de quinina. Contra la oliguria se prescribirá:

| | | |
|---|---|---|
| Acetato de potasa | aa. | 2 gramos. |
| Nitrato de potasa | | |
| Oximiel escilítico | | 30 » |
| Infusión de flores de retama | | 120 » |

De cuya poción se tomará una cucharada cada dos horas. Se aplicarán frecuentes puntos de fuego, extremadamente finos y superficiales.

Para favorecer la reabsorción de residuos pseudo-membranosos, se dispondrá una cucharada grande, cinco minutos antes de la comida y cena, de la poción siguiente:

| | |
|---|---|
| Arseniato de sosa | 5 centigramos. |
| Yoduro potásico | 5 gramos. |
| Agua destilada | 300 » |

Se recomendará, en fin, una cura de aire y 100 gramos de carne cruda por día, así como los ejercicios de gimnasia respiratoria.

---

**Rotura de la aurícula izquierda del corazón,** por A. W. Greig. (*The Lancet.* Octubre 31, 1908.)

Trátase de un hombre de veintiocho años de edad, el cual, después de un viaje en ferrocarril y de haber andado una distancia como de una milla, sucumbió repentinamente, sin haber presentado síntomas anteriores de ninguna especie. La autopsia demostró el saco pericardiaco lleno de sangre. En la parte supero-anterior del apéndice auricular izquierdo se descubrió una rasgadura, de forma radiada, por cuya abertura podía introducirse la punta del dedo hasta el interior de la aurícula, en tanto que el tabique aparecía fruncido, como si este estado hubiese persistido durante la vida. Los tejidos inmediatos á la desgarradura eran friables. El aspecto interior de la pared aurícula ofrecía, alrededor de la hendidura, algunos coágulos adhererentes; pero, separándolos, se podía ver que éstos asentaban sobre tejido blanco de firme consistencia, demostrando que el depósito de fibrina había ocurrido poco tiempo antes de la muerte. El resto de la aurícula izquierda, las demás cavidades del corazón, así como el aparato valvular, aparecían normales. Los orificios de las arterias coronarias, no presentaban degeneración ateromatosa alguna; no había modificación visible en el origen de los grandes vasos, ni existia hipertrofia ni dilatación del corazón. La misma carencia de lesiones se observó en el miocardio y en los demás órganos. Todo quedaba reducido á la rotura de la aurícula mencionada.

**De la auscultación abdominal**, por F. Hirtz. (*British Medical Journal*, December 5, 1908.)

La auscultación sobre la región cecal puede demostrarnos el momento preciso en que el contenido alimenticio entra en este intestino, y, por consiguiente, podemos calcular el tiempo que tarde en pasar aquél desde el estómago al ciego por el intestino delgado. Las investigaciones practicadas con este objeto se han realizado siempre coetáneamente con la aplicación de rayos X, previa administración del bismuto. Y se ha visto que coinciden, á corta diferencia, la aparición de una sombra en el ciego, por medio de la radioscopia, y la presentación de ruidos en el mismo sitio, perceptibles por la auscultación. La auscultación puede, por lo tanto, sustituir á la radiografía, cuando ésta no pueda ser utilizada por cualquier causa, y diagnosticar de este modo esos casos en que la constipación es debido al paso lento del bolo alimenticio por el intestino delgado.

El ruido percibido sobre el ciego es debido, con toda probabilidad, á la mezcla del contenido fluido del intestino con los gases del ciego. La intensidad de los ruidos varía considerablemente en los diferentes individuos. Cuando á las cinco ó seis horas después de la comida, los gases son reemplazados por la materia fecal, los ruidos disminuyen en intensidad y son menos continuos. En posición vertical, siempre son dichos ruidos menos fuertes que en decúbito horizontal; pero en seguida que el enfermo se acuesta, los ruidos son más fuertes y más continuos, á causa de los movimientos del contenido intestinal producidos por la acción de la gravedad.

---

**Fonometría**, por Schlesinger. (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, November 26, 1908.)

Con este nombre designa el autor un nuevo procedimiento para determinar con exactitud los límites de los órganos. Para ello se vale de un fonendoscopio y de un diapasón: los resultados son completos. Por este medio se averigua con precisión, al decir del autor, las diferencias en la macidez cardíaca durante las fases de la respiración. El examen practicado al mismo tiempo con los rayos X comprueban este aserto. Este método permite asimismo la determinación verdad de los vértices pulmonares y descubre la presencia de pequeños focos subpleurales de infiltración tuberculosa. El borde superior del hígado es limitado perfectamente por dicho procedimiento.

Dr. Mut

## Medicina legal y Toxicología.

**Untersuchungen zur Entshung der sogennanten spontanen Magenruptur,** por Fraenckel. (*Deutsche Archiv für Klinische Medizin*, t. 89; nota de C. Tovo en *Arch. di Psich.*, 29. 1908.)

La cuestión tan debatida de las condiciones que explican y favorecen las roturas espontáneas del estómago, ha inducido á Fraenckel á practicar reconocimientos experimentales sobre las propiedades físicas (elasticidad), y minuciosos exámenes sobre la constitución anatómica de varias regiones del estómago. De estos reconocimientos resulta que las paredes del estómago humano ofrecen en la curvadura menor más resistencia á la distensión que otras partes del estómago, y especialmente está impedida la distensión de la mucosa. Esta resistencia no depende de otra cosa que de la conformación de los estratos musculares.

En las grandes distensiones y aumentos de la presión interna se producen laceraciones longitudinales de la mucosa de la curvadura menor, y este resultado puede relacionarse con la pobreza en pliegues de la mucosa de esta región. Estas laceraciones residen preferentemente en las proximidades de la desembocadura esofágica, y esto dependería de la robustez de los estratos moleculares y de la unión misma con el esófago.

También la forma del estómago tiene gran importancia en la situación de las roturas espontáneas, puesto que la curvadura menor para alcanzar la forma esférica en el estómago distendido tiene que sufrir un grado mayor de dilatación que otras partes del estómago.

---

**Histeria y suicidio,** por Etienne Jourdan. (Société d'Hypnologie et de psychologie 1908; *Le Courrier Médical*, 6 Diciembre 1908.)

La idea del suicidio parece ser independiente de las neurosis que la acompañan. Como estas últimas, es la resultante de un trastorno funcional de las células corticales, constitucional ó adquirido. Pero este trastorno, por sí solo, es insuficiente para determinar la idea del suicidio; necesita además ciertas circunstancias, que se realizan por las condiciones mismas de la vida. En la apreciación de lo que llegan á ser los enfermos, hay que considerar menos la neurosis y la idea del suicidio que las condiciones materiales y morales en que viven estos enfermos.

---

**Toxikologischer Vergleichzwischen, Lisol und Kresol,** por Weyl. (*Vierteljahrschrift f. gerichtl. Medizin*, p. XXXIV.)

Según el autor, el quinosol es tan venenoso, si no más venenoso, que el lisol cuando es introducido por la vía digestiva; cien veces

más venenoso si es introducido por la vía subcutánea; cincuenta veces menos venenoso si es introducido por la vía peritoneal.

---

**Étude d'una série d'intoxications chroniques causés par l'hydrogéne sulfuré provenant de la production industrielle du gas pauvre,** por Haibe. (*Archives d'Antropologie Criminelle*, t. XXIV, núm. 181. Enero 1909.)

Putzeys ha presentado á la Academia de Medicina de Bélgica este trabajo de Haibe sobre la intoxicación crónica por el hidrógeno sulfurado. Es un trabajo muy interesante; la intoxicación crónica por el hidrógeno sulfurado ha sido poco estudiada, y es esta forma de intoxicación la que Haibe ha podido observar en un gran número de sujetos que trabajaban en un aire viciado por el hidrógeno sulfurado. El gas deletéreo penetraba en los talleres por la instalación defectuosa de los aparatos lavadores de los gasógenos de gas pobre.

Las molestias consistían primeramente en cefalalgia intensa y constrictiva, somnolencia y alteraciones sensoriales variadas, zumbido de oídos, dolores musculares, parálisis, catarros, por parte de las vías pulmonares y digestivas; después perdían el apetito, y se observaba una debilidad progresiva que originaba pronto incapacidad completa para el trabajo. En el segundo período, los enfermos caían en un verdadero marasmo orgánico, degenerando á veces en ictericia hepática, complicada de anemia intensa y dolores en la región del hígado y del bazo. La evolución completa de esta afección duraba próximamente dos meses. En otros casos, á la ictericia sucedía una convalecencia larga, durante la cual el síntoma anemia era el dominante.

Numerosas mujeres que trabajaban en los mismos talleres no presentaron más que excepcionalmente las molestias mencionadas; el trabajo penoso á que se dedicaban los hombres les hacía más sensibles á la acción tóxica del gas deletéreo; el alcoholismo no parece ser la única causa de esta curiosa predilección.

Para el reconocimiento cualitativo del veneno se sirvió Haibe de la reacción con el acetato de plomo (papel Joseph), y para el cuantitativo utilizó una solución titulada de yodo, en la cual hacía borbotar una cantidad conocida de aire. La atmósfera de los talleres contenía hasta un 74 por 1.000 de hidrógeno sulfurado, y Haibe cita á este propósito que Lehmann admite que el sujeto que permanece en una atmósfera que contiene del 7 al 8 por 1.000 de dicho gas, puede sucumbir en algunas horas.

Nosotros, que no pretendemos negar la cifra de Haibe, creemos que la proporción podría ser menor en algunos momentos y hasta en algunos días.

El hidrógeno sulfurado, respirado en pequeñas dosis y de una manera continua, juega principalmente el papel de veneno hemático; el número de hematíes disminuye rápidamente, y los órganos hematopoyéticos, como el hígado y el bazo, son asiento de congestiones y de hipertrofias más ó menos intensas, acompañadas de dolores difusos.

Haibe termina su comunicación llamando la atención, especialmente de los higienistas, sobre la frecuente toxicidad del aire de los talleres, por lo que la salud de los obreros deja bastante que desear. Es esta una cuestión humanitaria y social de innegable trascendencia.

ANTONIO LECHA-MARZO
Del Laboratorio de Medicina legal de la Facultad de Valladolid.

## Neurologia y Electroterapia.

**Neuritis alcohólica,** por el Dr. Babinski. (*Journal des Praticiens*, núm. 121.)

Por las dificultades del diagnóstico, es interesante el caso que ha sido estudiado por el autor. Tratábase de un hombre de cincuenta años, cuyo aspecto recordaba el de la demencia senil, hablaba con dificultad y presentaba algún trastorno en la marcha. Los reflejos rotuliano y de Aquiles se hallaban abolidos, y existían dolores espontáneos en los miembros inferiores, cuyos dolores se hacían muy vivos al comprimir las masas musculares. Había algo de hiperestesia, pero el enfermo distinguía perfectamente el frío y el calor.

Los síntomas dominantes eran, pues, la debilidad muscular, los trastornos de la marcha, los dolores espontáneos y provocados en los miembros y trastornos psíquicos é intelectuales muy marcados.

En presencia de este complejo síndrome, no era aventurado sospechar si se trataría de una tabes asociada á la parálisis general.

Sin embargo, los trastornos de la marcha se diferenciaban mucho de la incoordinación tabética; había hiperestesia muscular, al contrario de lo que sucede en la tabes, donde, no obstante los dolores espontáneos, hay más bien anestesia muscular, como puede demostrarse muy fácilmente haciendo pasar una corriente eléctrica á través de las masas musculares de la pantorrilla. Este es un síntoma precioso de este padecimiento, sobre el cual ha llamado con insistencia la atención el Dr. Babinski.

Además, los trastornos intelectuales no eran precisamente los de la parálisis general, aun cuando al pronto puedan dar lugar á la confusión. La palabra era dificultosa, pero no característica de aquélla; las alteraciones de la memoria no eran constantes, pues á veces el enfermo recordaba bien ciertas cosas que en otras ocasiones tenía olvidadas.

En vista de estas circunstancias, venía al ánimo del autor otra hipótesis, la de neuritis alcohólica.

En efecto; la marcha, el carácter de los dolores, la hiperestesia de las masas musculares, coincidiendo con los referidos trastornos intelectuales, habían de inclinar la atención hacia el lado de la intoxicación alcohólica, la cual es susceptible de producir, al mismo tiempo que la neuritis periférica y al lado de diversos trastornos cerebrales, una especie de confusión mental que se traduce por esa particular amnesia muy semejante á la demencia senil.

En el caso en cuestión no había trastornos en la vejiga ni pupilares, y por razón del estado de la inteligencia no podía explorarse la visión.

Es una historia instructiva por la complejidad de los fenómenos que podían observarse en una ligera inspección, los cuales con facilidad hubieran hecho desviar el diagnóstico, de no haberse analizado con detenimiento todos estos accidentes.

Dr. E. Vilches

## Vías urinarias.

**Estado funcional de una urétero-anastomosis al cabo de veintiún meses**, por el Dr. Pozzi. (*Ann. des mal. des organ. génito-urinaires.* Enero de 1909.)

*Observación.*—Pio-salpinx bilateral, muy adherente al útero y á la pelvis.—Histerectomía abdominal total.—Sección del uréter derecho.—Sutura cabo con cabo por invaginación con entropión.—Curación.

Esta enferma, de edad de veintiocho años, y que había sufrido anteriormente dos laparotomías, presentaba un pio-salpinx bilateral excesivamente adherente: operación, el 29 de Mayo de 1906; ablación doble de anejos por laparotomía: la decortización de la bolsa del lado derecho determina la sección del uréter, que fué suturado por invagación con entropión, drenaje por vagina y pared abdominal; marcha post-operatoria sin incidentes. La cicatrización de la herida abdominal se efectúa rápidamente, pero durante ocho días se escapa alguna cantidad de orina por el drenaje abdominal; en fin de Junio la cicatrización es completa. El Dr. Luys practica la separación de orinas, demostrando que corre orina por los dos uréteres;

en un segundo examen (25 Octubre), se nota que la emisión urinaria por ambos uréteres difiere un poco, á la izquierda (uréter intacto), eyaculación urinaria rítmica; en el lado derecho (uréter seccionado), ligera debilidad en la contracción de este conducto.

En este momento la enferma goza de salud completa, el cateterismo ureteral demuestra que una sonda núm. 5 se detiene en el uréter operado, á una distancia próximamente de ocho centímetros; evidentemente existe una válvula formada por la invaginación, sin que entorpezca para nada el curso de la orina.

El 14 de Febrero de 1908 (veintiún meses después de la operación), nueva separación de orinas: en el lado derecho cae la orina babeando, sin fuerza, ligeramente turbia y más abundante que en el izquierdo, cuya eyaculación es clara y normal.

ANÁLISIS

*Riñón izquierdo.*

| | |
|---|---|
| Volumen | 4 c. c. |
| Urea por litro | 16,01 gr. |
| Cloruros | 19 gr. |

*Orina amarillo claro.*

*Riñón derecho (operado).*

| | |
|---|---|
| Urea por litro | 5,12 gr. |
| Cloruros | 6,4 gr. |

*Orina pálida.*

Aquí se nota perfectamente la poliuria, coincidiendo con disminución en los materiales sólidos del lado operado.

Esta observación es interesante porque demuestra la persistencia de la sutura y de la permeabidad del uréter al cabo del tiempo, así como también la curación sin insuficiencia renal notable.

---

**¿Cuándo se deben quitar las pinzas después de la nefrectomía?** Por el Dr. Nicolich. (*Ann. des mal. des organ. genito-urinaires*, Enero de 1909.)

Dice Pousson: «La aplicación de una pinza sobre el pedículo renal es un contratiempo, al que hay que recurrir las menos veces posible, y cuando se usa, hay que quitarla á las cuarenta y ocho horas.

El Dr. Nicolich, participando de esta opinión, sólo hasta cierto punto, es decir, en lo que concierne al uso de pinzas, no está conforme respecto al tiempo que deben permanecer, pues piensa que cuarenta y ocho horas no son suficientes para asegurar la hemostasia.

El profesor Tansini, de la Facultad de Pavía, cree que es un medio rápido y seguro para ligar el hilio y hacer hemostasia. Los accidentes más graves y funestos de la nefrectomía ocurren cuando el operador se obstina en aislar el hilio y ligar los vasos en los casos que el aislamiento es difícil por grandes adherencias y esclerosis del tejido conjuntivo perirrenal; tal empeño puede ocasionar, y ejemplos hay en la práctica, la rotura de la vena cava. Es preciso observar también qué aun cuando se lleguen á colocar ligaduras en los vasos, muchas veces no cierran su luz; aún presentan otro inconveniente las ligaduras: en los casos sépticos no es de esperar que se conserve estéril; tarde ó temprano tienen que ser eliminadas, y esto ha de retardar la cicatrización forzosamente; las heridas que se dejan para cicatrizar *per secundam*, lo hacen en menos tiempo que el preciso para eliminar las ligaduras del pedículo.

En resumen: Nicolich deja las pinzas durante cuatro días, afirmando que son muy bien toleradas por los enfermos.

---

**Hipertrofia de la próstata.—267 cálculos en la vejiga.—Talla hipogástrica.—Extracción de los cálculos.—Prostatectomía transvesical por el método de Fuller-Freyer.** Curación: el Dr. Kallionzis. *(Ann. des. mal. des organ, genito-urinaires*, Enero de 1909.)

El enfermo G. Ph., de setenta años de edad, ingresó en el servicio de urología del Dr. Kallionzis, de Atenas, en el mes de Diciembre de 1907, quejándose de trastornos urinarios: orinas turbias algo amoniacales, sin hematuria, sin cólicos nefríticos; frecuencia de micción durante la noche; el tacto rectal denota próstata hipertrofiada; el cateterismo vesical con sonda, muy difícil por el tamaño de próstata, prueba la presencia de cálculos y que el enfermo no vacía la vejiga.

Los riñones, á la palpación bimanual, no parecen aumentados de volumen.

Indicios de albúmina en la orina y abundantes células de pus.

En estas condiciones se procedió á la talla hipogástrica, en la posición de Trendelenburg: abierta la vejiga se extrajeron 267 cálculos muy semejantes entre ellos, poliédricos, compuestos de uratos y oxalatos; posteriormente, extracción de la próstata en tres lóbulos separados, por el método de Freyer; ancho drenaje de la vejiga por el hipogastrio. La marcha post-operatoria; sin complicación alguna; curación á los ventinueve días.

---

**La tuberculina en la tuberculolis del riñón**, por el Dr. Picliche. (*Ann. des mal. des organ. genito-urinaires*, Enero 1909.)

CONCLUSIONES: 1.ª, el tratamiento de la tuberculosis renal aislada, con ayuda de la tuberculina, parece conducir á la curación; 2.ª, la tuberculina está indicada en caso de tuberculosis renal doble complicada con tuberculosis pulmonar; 3.ª, debe decidirse individualmente, si se escoge entre la nefrectomía y la tuberculina; si la tuberculosis es muy avanzada de un lado, la extirpación es el mejor método; 4.ª, si después de la nefrectomía se aprecia que el otro riñón está tuberculoso, se debe emplear la tuberculina; y 5.ª, la tuberculina da excelentes resultados en la tuberculosis vesical.

---

**La uretritis en los diabéticos**, por el Dr. Hamonic. (*Revue clinique d'Andrologie et Gynecologie*, Enero 1909.)

En los diabéticos, las inflamaciones de la uretra presentan una fisonomía particular, y añadamos que la diabetes puede ella misma determinar uretritis crónica, independiente de toda infección heterógena; ¿cómo explicar estos hechos? En muchos diabéticos el prepucio es muy largo, y después de cada micción quedan gotas de orina que, fermentando, producen y entretienen una balano-postitis crónica que, á la la larga, determina erosiones, ulceraciones y esclerosis del repliegue, cuyo orificio se estrecha y se hace insuficiente para el paso del glande.

Este fimosis completo favorece la retención de líquidos en el espacio balano-prepucial, aumentando la inflamación séptica, y constituyendo un foco infeccioso, susceptible de contaminar, el canal por vecindad, sobre todo en las épocas en que el aumento de azúcar ayuda la cultura microbiana.

Hasta aquí todo se explica bien; pero surge la dificultad cuando se trata de un diabético con prepucio corto, y cuya región balánica se descubre bien; si, en estas condiciones, se presenta la uretritis fuera de toda infección, es preciso admitir la acción irritante de la orina sobre la mucosa, siendo probable que los agentes patógenos sean los gérmenes de la fermentación que tiene lugar en el intervalo de las micciones sobre la superficie de la mucosa humedecida por la orina, fermentación seguida de producción de alcohol y ácido carbónico.

En caso de infección gonocócica en un glicosúrico, todos los síntomas son mucho más acentuados que en otro cualquier individuo, bastando que el azúcar disminuya, para que los dolores y la secreción uretral se mejoren notablemente.

Las uretritis debidas exclusivamente á la glicosuria se caracterizan por escasa secreción uretral, de color grisácea, que se observa por la mañana al despertarse el enfermo, y en la que se encuentran los microbios ordinarios del pus, particularmente el estafilococo blanco. La característica de esta forma es la intensidad y forma de los dolores, que en ocasiones llegan á ser intolerables, afectando caracteres neurálgicos.

No tarda la afección en difundirse hasta el cuello vesical; de suerte que, en cada micción, las primeras gotas de orina son precedidas por un ligero copo de pus formado en la uretra, y las últimas, seguidas de un líquido blanquecino, mezclado á veces con sangre y segregado por la mucosa vesical; un tenesmo muy doloroso marca la contracción vesical al fin de la micción; se trata, en suma, de una uretritis esencialmente irritativa, en la que predomina el elemento dolor.

Ante todo, es preciso combatir la diabetes; el régimen con la higiene deben ocupar el primer rango.

La medicación variará según la variedad de glicosuria; la combinación de alcalinos, arsénico, litina, llenarán bien las indicaciones. Al mismo tiempo se cuidará la uretra, procurando emplear sustancias poco irritantes.

Dr. Carlos Negrete

# TRABAJOS DE LABORATORIO

## Y SUS APLICACIONES CLÍNICAS

**Microquimia forense: Demostración de manchas de sangre de treinta y siete años de antigüedad,** por A. Lecha-Marzo, del Laboratorio de Medicina legal de la Facultad de Valladolid.

En una serie de trabajos, alguno publicado en la REVISTA IBERO-AMERICANA DE CIENCIAS MÉDICAS (núm. XXXIV, Diciembre 1906), hemos propuesto y estudiado nuevos procedimientos para el diagnóstico médico-legal de las manchas de sangre. Para no repetir nada de lo dicho, recordaremos sólo que obtenemos los cristales de yodo-hematina y cloro-hematina tratando la sangre por el yodo ó el cloro y los reductores piridina y sulfuro de amonio.

Esta nota la dedicamos á la publicación de una comunicación que nos ha enviado sobre esta cuestión el Sr. J. G. Obregón G. (de la República Dominicana); en esta comunicación no se sabe qué apreciar más, si la fineza y trascendencia de la investigación, ó el significado que encierra.

El Sr. Obregón ha seguido con atención nuestros estudios (véase *Revista Médica Dominicana*, números 7, 8, 23 y 24, 1907), y cuando los lectores conozcan su comunicación, no parecerán superfluos algunos antecedentes sobre su personalidad.

En él tiene la ciencia patria uno de sus más ardientes defensores, y aunque dominicano, no es extranjero para España, la patria de sus mayores. Su padre, coronel del ejército español, inmoló su vida en defensa de la patria en 1871.

Expuestos estos antecedentes, he aquí su comunicación, fechada el 15 de Enero de 1909:

«Conservo un puño y dos pañuelos de hilo, manchados con la sangre de mi amado y desgraciado padre, que, como usted sabe, murió en campaña el año 1871, hace treinta y siete años.

»Pues bien, en obsequio de mi querido amigo de la hidalga tierra castellana, sacrifiqué un pedazo de ésta para mí venerada reliquia, investigando, por el procecimiento del yodo (su primer trabajo), y encontrando, con gran satisfacción, cristales de estas varias formas: —el autor dibuja aquí cristales romboidales sueltos, otros rectangulares sueltos, en V, en X, en haces y bolas espinosas.—Los de la primera forma (rombos), de color caoba oscuros; los demás, incoloros. Encontré gran cantidad de unos cuerpos circulares, que, según pude ver en su artículo (en el suplemento vigésimooctavo del Dorvault), pueden formarse cuando se ha macerado el objeto que contiene la sangre en una solución de sosa cáustica al 7 por 100. La maceración

la hice al 5 por 100, como usted aconseja. En el mismo artículo lei que la sosa cáustica es el motivo de que los cristales se presenten enteramente decolorados; pero como antes le digo, los que afectan la figura de rombos están fuertemente coloreados.

»Seguí exactamente su técnica: maceré la tela en la solución de sosa cáustica; evaporé el macerado hasta reducirlo casi á la mitad del volumen; extendí una gota en el porta-objetos, la desequé á la lámpara, agregué una gota de piridina, otra de sulfuro de amonio, y, por último, la gota de la solución alcohólica yodo-yodurada (la preferí á la acuosa); con toda la rapidez posible coloqué el cubre-objetos. Coloqué la preparación en la platina, examiné con 300 diámetros y observé lo que ya le he dicho (1).

»No puede hacerse una idea de lo que yo sentí, una mezcla de tristeza y alegría; me parecía que aquello era una profanación, y al mismo tiempo, que aun después de treinta y siete años de sacrificado por su patria, todavía hacía ofrenda de ella para enaltecer la ciencia española.

»Si usted lo desea, le enviaré otros pedacitos de tela. Dos amigos míos presenciaron la investigación: uno farmacéutico y otro estudiante de Medicina, ambos entusiastas por los estudios científicos. Si fuera necesario, ellos están dispuestos á certificarlo y aun hacer legalizar sus firmas notarialmente.

»Debo decirle que á las veinticuatro horas todavía no había cerrado la preparación con parafina, y todavía eran perfectamente visibles los cristales; los temores de Sarda son infundados.»

No creo necesario insistir sobre la importancia de la investigación del Sr. Obregón; en la literatura médico-legal—aunque, como ha dicho Florence, la cuestión del diagnóstico médico-legal de las man-

(1) El Sr. Obregón, en carta fechada el 27 de Enero de 1909, posterior, por lo tanto, á su comunicación, nos refiere que ha repetido el experimento, para evitar causas de error, empleando primero la solución alcohólica de yodo y después los reductores; ha observado así la formación de tabletas y bastoncillos romboides y exagonales.

Hemos recibido también el pedacito de lienzo prometido; será conservado con los trabajos de Obregón en el Laboratorio de Medicina legal de nuestra Facultad. De uno de sus bordes, de una zona algo obscura, separamos tres ó cuatro hilos, muy cortos, que trasladamos á un porta-objetos excavado. No hicimos actuar previamente á ningún disolvente; agregamos gotitas de la solución alcohólica yodo-yodurada, piridina y menor cantidad de sulfuro de amonio; aplicamos el cubre-objetos. Pasando á la observación, comprobamos que las partes que contenían sangre tomaron hermoso color rojo (como sucede tratándose de sangre fresca), y calentando ligeramente y agregando varias veces sólo piridina (pero sin evaporar nunca toda la masa líquida), obtuvimos cristales de yodo-hematina, con el mismo color que los que originan las manchas recientes. En nuestra opinión, un resultado tan brillante dependía de haber sometido los hilos á la acción de los reactivos sin el previo empleo de ningún disolvente.

Teniendo en cuenta estos resultados, casi se podría asegurar, sin temor de equivocarse, que los métodos de los halógenos y los reductores permitirán reconocer manchas de sangre de más de treinta y siete años de antigüedad.

chas de sangre ha sido estudiada en todos los laboratorios de Europa—los casos parecidos á éste son rarísimos; probablemente no hay más que uno parangonable.

No sé cómo expresarle mis sentimientos de admiración, gratitud y simpatía; que la lectura de su comunicación fué para mí uno de los momentos más felices de mi vida.

---

**Cultivo del enterococo en la placenta humana. El enterococo en los productos orgánicos en putrefacción y en la infección puerperal,** por E. Thiercelin. (*Bolt. Soci. Biologie*, núm. 2, 1908.)

M. Guéniot ha tenido la idea de cultivar diversos microbios en la placenta humana, y ha visto que si el staphilococo, el bacterium coli, el bacilo pyocyanico y la bacteridia carbuncosa se desarrollan fácilmente, el streptococo, por el contrario, no se desarrolla, y en su consecuencia, le ha parecido interesante á Thiercelin investigar si el enterococo, microbio confundido por algunos autores con el streptococo, era susceptible de desarrollarse en estas condiciones.

Para este objeto, coloca fragmentos de placenta en ocho tubos esterilizados, y los deja en la estufa durante cuatro días, transcurridos los cuales, se encuentra cinco tubos estériles y tres con cultivos. En los fragmentos placentarios estériles se siembra cultivo de enterococo, y al día siguiente se encuentra desarrollado con gran abundancia el enterococo. A simple vista los cultivos son poco manifiestos; pero frotando con el hilo de platino la superficie de los fragmentos, se puede con gran facilidad obtener muy demostrativas preparaciones de enterococo.

El hecho de desarrollarse tan fácilmente el enterococo sobre la superficie placentaria, nos hace comprender la facilidad de cultivarlo en medios muy diversos; y en efecto, Thiercelin le ha cultivado no solamente en los medios de cultivo ordinarios, sino en los menos ricos en sustancias nutritivas, tales como el caldo de paja y el agua ordinaria esterilizada; puede vivir también en fragmentos de músculo y de hígado, recogidos asépticamente.

Otro hecho interesante, que se ha podido observar estudiando los tres fragmentos placentarios contaminados, que sin haber sido sembrados no tenían porciones estériles, y examinando al microscopio los microbios que se habían desarrollado en estos fragmentos, se encontraron formas diplocócicas, diplo-streptocócicas y bacilares.

Haciendo siembras en caldo y lagar en condiciones aerobias, hemos obtenido en dos casos un gran staphylococo y el enterococo. En el tercer tubo, los cultivos aerobios son estériles; pero un cultivo anaerobio, trasladado á un medio aerobio, nos da un cultivo puro de enterococo.

El enterococo existe en los tres fragmentos placentarios en putrefacción; pero en uno de ellos no puede ser obtenido aerobio, sino después de haber sufrido un paso preliminar de preparación en anaerobio. Este hecho viene á confirmar lo ya dicho por Gilberb y Sippmann, los cuales, en el curso de sus investigaciones sobre el microbismo de las vías biliares, no aparece el enterococo sino después de cultivos anaerobios. El autor ha mostrado anteriormente que después de cultivos de materias fecales normales en condiciones anaerobias, ha podido obtener cultivos muy abundantes y casi puros de enterococos.

El hecho de encontrar el enterococo en la placenta en vías de putrefacción no nos sorprende, ya que se ha encontrado este microbio en todos los medios orgánicos que se descomponen. En el organismo habitualmente existe en todos los medios que comunican con el aire exterior, y que están en vías de descomposición, tales como el moco nasal, faringeo, vaginal y en todo el tubo digestivo. Fuera del organismo, se le encuentra en los tubos de caldo mal esterilizado, en la carne en putrefacción y en la leche no esterilizada; y M. Tissier ha demostrado que el enterococo era el primer microbio que aparecía en la leche abandonada al aire libre.

Esta gran facilidad que posee el enterococo de habitar en la placenta, contrariamente á lo que ocurre con el streptococo, nos explica los resultados obtenidos en tres casos de infección puerperal, en les cuales se ha puesto de manifiesto la presencia del enterococo en los detritus placentarios y en la sangre de las enfermas; de donde se deduce que el microbio de la infección puerperal puede ser, en ciertos casos, el enterococo.

A medida que este microbio es más conocido, su papel aparece más importante en la patología, en detrimento del streptococo y pneumococo, con los cuales ha sido confundido durante mucho tiempo; y, según el autor, tanto el streptococo, pneumococo, staphylococo y otros microbios, no son más que enterococos modificados.

El enterococo es un microbio esencialmente proteiforme, susceptible de revestir los aspectos más diversos: cóccicos, diplocóccicos, diplo-streptocóccicos, bacilares y filamentosos. Además, es susceptible de sufrir modificaciones duraderas, verdaderas transformaciones, según el terreno en que se desarrollan y las condiciones en que vive. Como ya el autor ha dicho en otra comunicación presentada á la Sociedad de Biología, 10 Enero 1903, un cierto número de microbios aerobios y anaerobios, considerados como de especies diferentes, derivan de esta misma especie.

GUILLERMO GAONA

# BIBLIOGRAFÍA

**Sanatorios marítimos y sanatorios de altura para niños,**
por el Dr. Tolosa Latour.

Sin espacio para comentar como es debido esta ponencia del Congreso Nacional de la Tuberculosis, celebrado en Zaragoza, nos limitamos á copiar las interesantes conclusiones con que termina su trabajo el ilustre paidópata:

«*Primera.* Los Sanatorios marítimos y los de altura para los niños constituyen, cada uno en su género, una de las armas más poderosas con que cuenta la ciencia para combatir la tuberculosis.

*Segunda.* Los Sanatorios marítimos contribuyen eficazmente al tratamiento y curación de los niños débiles, raquíticos, linfáticos, los llamados pretuberculosos, los afectos de tuberculizaciones óseas ó ganglionares, escrófulo-tuberculosis y tuberculosis limitadas.

*Tercera.* Tanto en estos Centros como en los Sanatorios de altura, pueden tratarse con éxito, cuidando convenientemente á los enfermos, la tuberculosis pulmonal confirmada, teniendo en cuenta las contraindicaciones climatológicas en cada caso, siendo, por lo tanto, útil la creación de sanatorios de montaña.

*Cuarta.* Conviene asimismo la creación de Sanatorios adecuados en los establecimientos balnearios de aguas minero-medicinales, sulfurosas, clorurado-sódicas, azoadas, etc., y otros manantiales benéficos para las múltiples dolencias que afectan á la infancia.

*Quinta.* Urge multiplicar los centros preservativos de rusticación, colocando á los niños, hijos de tuberculosos, en el campo ó en la montaña, al cuidado de familias sanas bajo la vigilancia médica y con el protectorado de patronatos adecuados.

*Sexta.* El Estado, los Municipios, las Diputaciones y cuantas entidades benéficas puedan realizar estos patrióticos fines, contribuirán activamente á la organización de colonias escolares, que se establecerán durante la época estival en las playas ó en las montañas, previo reconocimiento y selección médico-pedagógica.

*Séptima.* Se estudiarán los medios prácticos adecuados para crear centros puericultores y escuelas al aire libre para los niños

sometidos á la lactancia artificial y para los asilados procedentes de Hospicios y Casas de Misericordia de España.»

Rendidas gracias al autor por su atención.

A. Mut

---

**Fiebre mediterránea ó de Malta en España**, por J. Durán de Cottes.

En este hermoso trabajo, que ha merecido que la Real Academia de Medicina de Madrid nombre académico corresponsal á su autor, expone todas las enseñanzas y doctrina que ha deducido de sus numerosas y largas pesquisas sobre esta afección.

Conocida es la competencia extraordinaria del Sr. Durán de Cottes en estas materias, puesto que su nombre es otro de los ya numerosos que desde el Instituto de Higiene militar honran la Medicina española y son orgullo del cada día más distinguido Cuerpo de Sanidad Militar.

Forma su bien editada Monografía un estudio completo y acabado de este proceso morboso, como puede verse por sus conclusiones, que no resistimos al deseo de copiar, para estímulo de su lectura.

«Conclusiones.—1.ª La fiebre de Malta es un proceso producido por el *micrococus melitensis*.

2.ª El *micrococus melitensis* existe en el hígado, bazo, meninges, sangre, etc., de los infectados.

3.ª No se ha encontrado en el aire aspirado saliva, sudor, etc.

4.ª La cabra, la vaca y otros animales padecen la infección por el *micrococus melitensis*.

5.ª Elimínase por la orina y leche.

6.ª El *micrococus melitensis* puede penetrar en el organismo humano por las mucosas respiratorias, por la piel y el tubo digestivo.

7.ª Los vehículos más frecuentes del *micrococus melitensis* son el polvo, mosquitos y los alimentos, figurando entre éstos, en primer lugar, la leche de cabras.

8.ª La sintomatología es muy compleja, siendo los síntomas culminantes un proceso febril con sudores profusos, seguidos de un período reumatismal ó neurálgico, con accesos de taquicardia y anemia consecutiva.

9.ª El tipo febril puede revestir ordinariamente tres formas principales: hiperperética, ondulante é intermitente, si bien en la generalidad de los casos se suceden dichas formas en el mismo enfermo con fases de baja temperatura, llamada febricular.

10.ª El diagnóstico bacteriológico se fundamenta en el aislamiento del *micrococus melitensis* de la sangre del enfermo y en la in-

vestigación de anticuerpos, representados por las aglutininas, opsoninas é inmuncorps.

11.ª Un suero diagnóstico que revele un poder aglutinante del suero del enfermo, superior al 1 por 100, puede considerarse, en la generalidad de los casos, como definitivo.

12.ª La profilaxia estriba principalmente en el aislamiento de las excretas de los enfermos y animales contaminados, el uso de mosquiteros, y el evitar el consumo de leche y productos con ella elaborados, procedentes de animales que padezcan la infección.

13.ª El tratamiento, hasta la fecha ineficaz, son la terapéutica sintomática y únicos tratamientos racionales, la bacterioterapia y sueroterapia específicas, hoy en estudio.

14.ª La fiebre de Malta existe en España, no tan sólo en la costa mediterránea, sino que también en el interior (Madrid, Ciudad Real, Zamora, Toledo, Huesca, Zaragoza, León, etc.).

15.ª En España existen cabras infectadas, en los Pirineos (Canfranc, Coll de Ladrones), y probablemente en todas las provincias en que existan enfermos de *micrococus melitensis*.»

Felicitamos cordialmente al Dr. Durán por su concienzudo y luminoso trabajo y por la honrosa distinción con que por él ha sido laureado.

---

**Examen funcional del intestino por la comida de prueba: su aplicación á la práctica diaria, y sus resultados para el diagnóstico y la terapéutica**, por A. Schmidt, traducido al francés por el Dr. R. S. Kolbe (de Châtel-Guyon), con 20 grabados y tres planchas en color.—París, 1909.

No puede darse nada más preciso, completo y utilitario que este verdadero tratado práctico de coprología clínica.

Naciente este nuevo método de investigación, se carecía aún de un libro en que, sin divagaciones estériles ni elucubraciones más ó menos brillantes, pero las más de las veces innecesarias ó perjudiciales, hallara el clínico agrupados cuantos conocimientos fundamentales existen en la materia, y muy en particular la manera exacta de recoger los datos que puede proporcionar el examen científico de las heces fecales, y las deducciones diagnósticas y terapéuticas que de ellos pudieran deducirse, y el libro del Dr. Schmit, profesor de la Universidad de Halle, ha venido á satisfacer cumplidamente esta necesidad.

En capítulos distintos estudia: Examen funcional del intestino, ocupándose del diagnóstico funcional del estómago é intestino; ensayo sobre el balance nutritivo; condiciones de un examen funcional racional del intestino y del contenido gástrico como tipo. Las comidas de prueba, con todo género de detalles para poderlas ejecu-

tar sin vacilación alguna, tanto para la clínica como para los análisis cuantitativos. Examen de las heces: macroscópico (normal y patológico), microscópico (con expresión de los resultados patológicos), químico y bacteriológico. Importancia semeiótica de las heces en estado patológico: mucus, pigmentos biliares inalterados (bilirubina) y variaciones de su riqueza en hidrobilirubina; insuficiencia de la digestión de las grasas; residuo de carne é hidrocarbonados; pruebas de la fermentación y la estufa y relaciones entre la fermentación y la putrefacción; métodos complementarios y puntos de vista futuros del examen funcional del intestino. Trastornos intestinales procedentes del estómago, hígado y páncreas (enteropatías gastrógenas, hepatógenas y pancreatógenas). Enteropatías independientes, divididas en enfermedades orgánicas (ulceraciones, enteritis y trasudación serosa y atrofia del intestino) y enfermedades funcionales (trastornos secretorios, de reabsorción y motores, término intestinorum, diarrea nerviosa y constipación habitual).

114 indicaciones bibliográficas completan y documentan la obra.

La exposición es siempre clara y precisa, y las ilustraciones de grabados y planchas, finamente coloreadas, contribuyen á hacer absolutamente inteligible cuanto se expone.

La traducción es tan esmerada como había derecho á esperar de médico tan inteligente, culto y políglota como lo es el Dr. Roberto S. Kolbe (de Châtel-Guyon), con cuyos trabajos se han honrado tantas publicaciones españolas, y entre ellas esta Revista.

Y al aconsejar la adquisición de la obra á cuantos interesen estas materias, y deben ser de interés á todos los médicos, estamos ciertos de prestarles un buen servicio, pues su valía práctica es indudablemente de primer orden.

Dr. R. Luis y Yagüe

Febrero 1909.

# SECCIÓN PROFESIONAL

La Escuela de Anestesistas.—Ha dado principio en nuestro Instituto el curso teórico-práctico sobre anestesia, por D. Fermín Martínez Suárez. En una primera conferencia, después de algunas consideraciones generales, mostró el Dr. Martínez Suárez á sus oyentes los principales aparatos para producir la hipno-anestesia, desde los más primitivos hasta el moderno del español Lostan-Ocejo.

«No es lo mismo, decía el renombrado práctico Dr. Martínez Suárez, dormir á un niño que á una histérica, que á un alcohólico, que dar cloroformo á una parturiente; ni es igual la marcha de la anestesia ni la cantidad que se necesita de medicamento en una laparatomía que en una fístula de ano, que en una litotricia.»

Es una desdicha, añadía, lo que sucede en la mayoría de los Hospitales. El anestesista no ve al que va á ser operado hasta el momento preciso de la intervención, y desconoce, por tanto, cómo funciona su aparato cardio-vascular, sus órganos respiratorios, ni si sus riñones eliminan ó no. Se coge la mascarilla ó el aparato que se use, y allá va cloroformo, salga lo que saliere. Muchos y muy buenos consejos y prudentes advertencias oímos de los labios de tan reputado anestesista los que tuvimos el gusto de escucharle.

También pudimos ver una sencilla mascarilla, original del Dr. Martínez Suárez, que permite la administración del oxígeno, por simple enchufe á un balón que contenga este gas, *cuando sea preciso ó conveniente*. Y subrayamos estas palabras porque, en nuestro humilde concepto, propinar sistemáticamente cloroformo mezclado con oxígeno, es desconocer las propiedades de este cuerpo y sus efectos anti-anestésicos. Efectos que muchas veces puede retrasar, como retrasa y dificulta en extremo el primer período anestésico, sin ventaja alguna para el operado y la marcha del trabajo clorofórmico. No, señores: hay enfermos que necesitan oxígeno, cuyo medicamento produce maravillas cuando está indicado, y otros en los que dicho gas sólo sirve para entretener y malgastar tiempo.

De la misma manera que hay enfermos agotados, en los cuales el eter—la termo-eterización—parece que los resucita durante el acto operatorio, y enfermos cardíacos, catarrosos, que no lo pueden ni oler. En todas estas cosas está el *intríngulis* de la cuestión; eso es lo que diferencia un anestesista de otro médico no instruído en estas materias, y eso es lo que desde hoy se enseña en el Instituto Rubio por iniciativa de nuestro querido Director, al cual se debe esta mejora, como otras que va sufriendo nuestro Centro.

Recientemente se ha hablado acerca de la conveniencia de desinfectar las mascarillas antes de anestesiar cada enfermo, por el temor de que éstas pueden ser vehículo de gérmenes patógenos, especialmente del pneumococo. La cosa es posible—casi todo es posible en este mundo,—pero no probable, por lo menos en el sentido material de que el cloroformo inhalado puede ir cargado de parásitos productores de infecciones. No creo yo que los hechos deban explicarse así. Lo que sucede—y en la *Revista de Medicina Interna* ya he escrito algo sobre este punto—es que el cloroformo, destruyendo hematíes, entorpeciendo la función del elemento anatómico, suspendiendo la glicogénesis hepática, etc., coloca á los organismos en situación de menor defensa á las causas microbionas ó acelera, en otras ocasiones, procesos latentes, como sucede en la tuberculosis, por ejemplo. Y todo esto puede suceder con inusitada rapidez; tan rápidamente como se presenta la ictericia en algunos operados.

De todos modos, ¿hay cosa más sencilla que emplear en el procedimiento corriente de anestesia tiras de gasa esterilizada, en mayor ó menor número, para cubrir la mascarilla?

Algún descuido mayor que éste me parece que existe muchas veces, por parte del anestesista, en las operaciones que se practican en la cabeza ó en el cuello, es decir, en regiones donde instrumentos y apósitos están rozando continuamente con la blusa del que cloroformiza, no siempre estéril, ó con sus manos frecuentemente sin limpiar como es debido. Por lo menos se impone, en estos casos, el uso de guantes estériles.

Y nada más por ahora, sino felicitar á nuestro Director por su idea bienhechora y al Dr. Martínez Suárez que, agobiado por otras ocupaciones más productivas, se impone en pro de esta institución una pesada obligación, la cual seguramente no tendrá más recompensa que el agradecimiento de todos los que aprendan las enseñanzas del maestro en el manejo de los anestésicos.

A. Mut

ALMAS NOBLES.—La verdad se abre camino siempre, y la necesidad justificada encuentra remedio cuando menos se espera.

Cuando son tan pocas en España las personas que, al morir, dejan sus bienes para los hospitales (necesidades justificadas), pareciendo como que la caridad para con los pobres enfermos sólo incumbiera al Estado, razón por la cual es nuestro país el más escasamente dotado de tales establecimientos, y en cambio, los tenemos en gran número para otros fines, regocija el ánimo pensar que alguna vez se acuerdan almas nobles y altruístas del dolor de sus hermanos, y legan su fortuna en todo ó en parte para el alivio de estos desgraciados.

Ahora ha tocado al Instituto Rubio participar de estos beneficios, aunque en realidad á la caridad pública deba su sostenimiento desde su fundación. De hoy más, serán para nosotros respetables y dignos de veneración los nombres de los Sres. D. Angel Menéndez Bruyel y D. Luis del Valle: el primero por haber legado á nuestro Instituto la tercera parte del remanente del tercio de libre disposición de todos sus bienes; y el segundo por su espléndida donación de 80.000 pesetas, mas otros importantes legados y de mayor cuantía, que han de pertenecer al Instituto una vez fallecidos los actuales legatarios.

Esto prueba que ambos bienhechores conocían los beneficios que á la humanidad reporta nuestra Institución y además sus necesidades; pues aun siendo gratuitos todos los servicios, y haciendo los profesores y las enfermeras la caridad de operar y cuidar á los enfermos sin otra recompensa que la satisfacción de practicar el bien, y contribuyendo muchos protectores con sus limosnas á su sostenimiento, nunca podían los ingresos cubrir el presupuesto de gastos, á pesar de ser bien módico, como no lo tiene ningún otro hospital de su dotación. De esperar es que el acto tan hermoso realizado por los Sres. Menéndez y Valle, de grata memoria, tenga muchos imitadores, como sucede fuera de España, ya que en nuestro país estamos muy necesitados de buenos hospitales.

---

El Dr. D. José Nadal-May y Losada, uno de los profesores de la especialidad oftalmológica en el Instituto Rubio, ha fallecido el día 7 del corriente, á consecuencia de cruel y breve enfermedad, cuando más asegurada parecía su vida al contemplar su vigorosa complexión, y tratándose de un hombre joven, pues acababa de cumplir cuarenta y siete años.

Ingresó en el Instituto cuando aun funcionaba éste en el Hospital

de la Princesa, dedicándose desde luego á la Oftalmología, cuya consulta, muy concurrida, ha venido desempeñando hasta su muerte, así como también el cargo de Secretario de nuestra Institución, que le confiara el fundador.

Al participar á nuestros lectores esta nueva baja sufrida en el profesorado del Instituto, lo hacemos con la pena que supone la desaparición del compañero que durante tantos años compartió con nosotros las tareas de este Centro, al que demostró gran cariño siempre. Bien merece, pues, este recuerdo la memoria del que en vida se significó por su modestia extraordinaria y por su bondad para con los enfermos, que en gran número reclamaban sus cuidados. La Redacción de la REVISTA envía á su viuda y á su hijo la expresión sincera de su dolor por la pérdida que lloran.

# SECCIÓN CLÍNICA ORIGINAL

## NOTAS CLÍNICAS

### EXPLORACIÓN QUÍMICA DEL ESTÓMAGO

CONFERENCIA DADA EN EL INSTITUTO DE TERAPÉUTICA OPERATORIA

POR EL DR. R. LUIS Y YAGÜE

Del Instituto Rubio.

Expuestos sucintamente los datos que es susceptible de procurar en clínica la exploración física del estómago, vamos á ocuparnos hoy de los que pueden lograrse de la del quimismo y la motricidad gástrica, por la investigación del contenido del ventrículo gástrico, pues la absorción ya no se estudia por su falta de valor.

Su importancia es tan capital para el diagnóstico de las gastropatías, que al empleo de la sonda gástrica y á los datos con ella obtenidos, se debe el nacimiento de la especialidad; y á la multiplicidad de conocimientos de este modo logrados, y á los grandes y notorios beneficios subsiguientes en el tratamiento de estas dolencias, la razón de su arraigo y aceptación general. A pesar de la oposición constante de los médicos generales, que han tenido al fin que admitir lo que los enfermos han impuesto, guiados por los resultados obtenidos.

#### I.—EXPLORACIÓN DEL QUIMISMO GÁSTRICO.

Aun cuando Kusmaul introdujo el tubo ó sonda gástrica en Medicina, corresponden á Leube y á Ewald los primeros lugares en el estudio semeiológico del estómago, porque aquél la aplicó sólo al tratamiento de las afecciones gástricas, y fué Leube el que la utilizó con fines diagnósticos, y Ewald el que, sustituyendo el tubo rígido por la sonda blanda, alejó del cateterismo todo riesgo, dando motivo á la generalización de su uso.

Aun cuando los datos obtenidos por el estudio del quimismo gástrico son de interés capital para el diagnóstico y el cateterismo perfecta-

mente inofensivo, no deberá emplearse: en los ulcerosos en fase activa, y muy en particular si han tenido hematemesis, á lo menos en dos meses antes; en los cancerosos, en el período caquéctico, si no son estenósicos, pudiendo y debiendo efectuarse en ellos en los primeros períodos, contra el parecer de Robin, que le proscribe, impresionado por un caso de perforación relatado por Werner, porque sin los datos que proporciona no hay posibilidad de dar base firme al diagnóstico hasta la aparición de la caquexia. No pocas veces debe desistirse también de llevarle á cabo en ciertos neurópatas, tan acentuados y excitables, que la introducción del tubo provoca grandes y persistentes reflejos espasmódicos, ó hacen imposible el paso de la sonda. Tampoco debe practicarse en los tuberculosos avanzados, á menos que lo imponga imprescindiblemente su tratamiento; en los enfisematosos con gran bronquitis; en los aórticos; en los afectos de angina de pecho; cardiacos en fases hiposistólicas ó con perturbaciones significadas; en los que sufren neurosis del corazón, y los arterioesclerósicos de manifestaciones centrales ó periféricas acentuadas, para evitar que los bruscos aumentos de tensión vascular que puede provocar la náusea, ponga los vasos en riesgo más ó menos inminente de rotura.

La litiasis biliar no la creemos motivo de contraindicación, aun cuando Robin lo considere así por ser susceptible de suscitar el cólico hepático, porque fuera de esta fase de la dolencia en que nadie puede pensar en su empleo, no hay motivo ninguno para prescindir de los valiosos datos diagnósticos que procura, algunas veces imprescindibles. De ello tenemos en la actualidad un caso típico y concluyente: un adulto, artrítico, sin historia gástrica ni hepática anterior estimables, sufre desde hace varios meses accesiones febriles, de intermitencia irregular, con escalofrío, calor y sudor, acompañadas ó no de dolor en la parte derecha del epigastrio, antecedido de molestias digestivas regulares, y seguido ó no de subictericia; sólo el estudio del quimismo consintió descartar las gastropatías como causa de la dolencia, por ser hiperclorhídrico poco acentuado, comprobando la observación clínica y el estudio del quimismo urinario la relación inmediata y directa de sus crisis con la litiasis biliar, originadora de su fiebre (fiebre hepatálgica de Chaufard).

Para la exploración del quimismo gástrico es indispensable la administración de determinados alimentos, que se denominan comidas de prueba. Hay pocas menos que autores, pues casi todos, queriendo hacer más eficaz la exploración, ó con este pretexto, han propuesto un tipo particular y personal, al que han dado ó se da su nombre, exento, según ellos, de todos los inconvenientes que señalan en los de los demás.

A pesar de esto, dos son las que se usan casi exclusivamente: la llamada de Ewald y de Riegel.

La primera consiste en la administración en ayunas de trescientos gramos de infusión de té, clara, templada y sin azúcar, con 30 á 40 gramos de pan, cuya extracción debe efectuarse á la hora de concluir de tomarla.

La comida de Riegel es más abundante y compleja, y se compone de un plato de sopa, 150 á 200 gramos de carne en forma de *bifteak*, 50 gramos de puré de patatas, pan, en cantidad moderada, y un vaso de agua, debiendo ser extraída á las cinco horas.

Se imputa á la comida de Ewald varios defectos: el primero y más importante, el no contener más que albúminas vegetales; pero la experimentación ha demostrado que esto no hace variar en nada los datos; en cambio, se extrae con facilidad y rapidez, que no se logra con la de Riegel, pues aun con cuidadosa masticación, los restos alimenticios obstruyen con frecuencia la sonda al hacer su extracción.

Cuando se quiere investigar con rigor el ácido láctico, debe emplearse de preferencia la sopa clara de harina de avena (Boas), puesto que con la de pan le acusa normalmente por su fermentación, lo que no consiente dar el valor debido á su existencia.

La extracción de la comida de prueba se efectúa por la introducción del tubo blando de Faucher, solo ó puesto en relación con un aparato aspirante, que las más de las veces es una pelota fuerte de caoutchuc. El primer procedimiento se denomina expresión, y el segundo aspiración. Esta es la menos usada; para llevarla á cabo hay no pocos aparatos especiales: el de Señorans es el de mayor aceptación en la actualidad. Pero la aspiración ofrece graves riesgos, y en particular el de rotura de la mucosa gástrica, pues si ésta ocluye la luz del tubo al efectuarla, puede y aun suele desprender trocitos de la mucosa, con grave peligro de hemorragia y ulceración; de ello hay casos publicados, y, seguramente, muchos más desconocidos. De aquí su proscripción formal y categórica, á pesar del predicamento en que la tienen los franceses, y por esto también la preferencia casi exclusiva que se concede á la expresión, exenta de todo peligro.

Consiste en la introducción de la sonda blanda; la náusea que suscita su contacto con la faringe, ó algún ligero movimiento efectuado con ella cuando está introducida en el estómago; las inspiraciones profundas ó las sacudidas de la tos que se invita á efectuar, son suficientes casi siempre para hacer que parte del contenido gástrico salga por el tubo y pueda ser recogido. Este procedimiento es el único que debe ser empleado; nosotros no usamos jamás otro, y

quizás por ello tenemos la satisfacción de no haber tenido hasta ahora ningún incidente desagradable.

La razón fundamental que quizás tienen para preferir la aspiración los más que la practican, es su brillantez y seguridad. En efecto; es ingrato y deslucido introducir la sonda y no lograr extraer nada, como algunas veces sucede, en tanto que con la aspiración se consigue las más de las veces en seguida; pero esta ventaja social no compensa la gran diferencia de riesgo, con tanto menos motivo, cuanto que la expresión puede prolongarse ó repetirse inmediatamente, previo cercioramiento de que el tubo no está obstruído, y si hay líquido, suele obtenerse siempre. Cuando no se logra, casi con seguridad es porque el estómago está vacío ó contiene ya pequeñísimas cantidades; así lo comprueba el lavado cuando en estos casos y con este fin se lleva á cabo.

Para efectuar la introducción de la sonda debe sentarse al enfermo en una silla alta de perfecta estabilidad, protegidas sus ropas con un lienzo ó toalla, ó mejor con un delantal de hule atado flojamente al cuello; delante de él debe haber colocado un cubo ó palangana. Llegado el momento, se le hace inclinar la cabeza ligeramente hacia adelante, y se le ruega respirar con la mayor tranquilidad posible, tragar cuando se le indique y tener siempre la boca entreabierta; humedecida la sonda con agua, se la introduce cuidadosamente hasta la entrada de la faringe, teniendo cuidado de que no la desvíe con la lengua; se le ordena entonces tragar, y simultáneamente, con los movimientos de la deglución, se la va empujando hasta llegar á la señal, que lleva á unos 50 centímetros de su extremidad. Cuando está introducida, se espera unos segundos á que se regularice la respiración, y entonces se le encarga inspirar profundamente, ó mejor aún, toser; con ello basta las más de las veces para que salga cantidad suficiente de líquido; cuando esto no se consigue, se imprimen á la sonda ligeros movimientos de salida y entrada, y con esto ó las náuseas que suele suscitar, se logra el efecto deseado.

Se aconseja por los más, para hacer el cateterismo, echar la cabeza del enfermo hacia atrás y deprimir la lengua con el dedo índice de la mano izquierda; ambas cosas son perjudiciales y hacen más difícil el paso de la sonda. Buscando el origen de la preconización de estas malas maniobras, no hemos hallado otro que el de que así debió hacerse cuando se usaban las sondas rígidas, en las que esto era útil; pero como sucede justamente lo contrario cuando se ejecuta con blandas, deben ser abandonadas.

El líquido que sale por la sonda debe recogerse en un cristalizador ó vasija limpia, puesto al pabellón ó extremidad externa de la

sonda, é inmediatamente proceder al examen de sus caracteres macroscópicos: cantidad, consistencia, color, olor y transparencia.

La *cantidad* suele oscilar entre 20 y 100 c. c.; rara vez se la obtiene menor, y no es infrecuente obtener más; las pequeñas cantidades tienen escasa significación; pero las grandes la poseen muy importante, pues siempre que pase de 150 c. c., puede aseverarse que hay retardo en la evacuación del contenido gástrico.

La *consistencia* suele estar en relación con los restos alimenticios, y ser tanto mayor cuanto éstos son más abundantes; lo general es que sean informes; pero cuando son muchos, suele haber también no pocos formes.

El *color* suele ser el del té ó del pan; rara vez amarillento ó verdoso por bilis, ó uniforme ó parcialmente rojizo por contener sangre.

Lo común es que no huela; ninguno de éstos huele, pero á veces tiene olor fuerte agrio y aun fétido.

Por reposo, *sedimenta* con rapidez, formando casi siempre dos capas: una superior líquida y más ó menos transparente, y una inferior sólida de restos alimenticios; cuando es muy abundante, suele formar, además, una capa superior de burbujas gaseosas; tal sucede en los retencionistas.

Debe en seguida ponerse á filtrar y averiguar la reacción del líquido.

Los caracteres de la *filtración* no suelen tener gran significación; sin embargo, cuando es lenta, puede inducirse la riqueza en moco, que se ve, además, sobre el papel del filtro, ó la abundancia en peptonas.

La *reacción* se averigua por el papel azul de tornasol, que se enrojece tanto más rápida é intensamente, cuanto más ácido es el líquido; y por el papel rojo Congo, que cambia en azul permanentemente si hay ácido clorhídrico libre, siendo el tono más ó menos oscuro según su abundancia.

Después de filtrado, lo común es dosificar la acidez, operación la más fundamental, para después averiguar la existencia de ácido clorhídrico libre, la de ácido láctico, los productos de la digestión de albuminoideos é hidrocarbonados y los fermentos; pero nosotros, no teniendo aún suficiente líquido filtrado para ello, dejaremos la dosificación para cuando le haya.

El ácido clorhídrico libre se averigua poniendo algunas gotas del líquido filtrado en una capsulita de porcelana, añadiéndolas otras de reactivo Günzburg, compuesto de floroglucina, 2 gramos; vainillina, 1; alcohol absoluto, 30 gramos, y calentándolo con cuidado para evaporar lentamente; conforme esto se efectúa, va apareciendo en los bordes, como ven, un anillo rojizo, que acaba por hacerse man-

cha total cuando la desecación es completa. Es necesario, sin embargo, cuidar de no pasarse, por llevar con demasiada rapidez la operación, en cuyo caso se quema, y la mancha es negruzca por carbonización; y de que el reactivo sea fresco, pues si no lo es, la reacción es oscura y menos demostrativa. Se conoce esto con facilidad porque, reciente, es incoloro, y cuando envejece, se vuelve amarillo oscuro. Esta averignación puede también ser hecha con el reactivo de Boas, cuya fórmula es: Resorcina resublimada, 5 gramos; azúcar blanco, 3 gramos, y alcohol diluido, cantidad suficiente para formar 100 gramos, procediendo de la misma manera que con el anterior; el color obtenido varía del rosa al rojo cinabrio. Debe preferirse, sin embargo, el Günzburg, porque se conserva mayor tiempo, da reacción más clara y es menos equívoco; pues si en el Boas no se tiene cuidado de llevar muy lentamente la reacción, se quema en seguida el azúcar, lo que sucede con frecuencia, y toma la coloración caramelo fija. Ni una ni otra reacción son, no obstante, necesarias, como se verá más adelante.

Para averiguar el *ácido láctico,* es preciso valerse del reactivo de Uffelmann, que debe prepararse en el momento de servirse de él, añadiendo una gota de solución normal de percloruro de hierro á 10 c. c. de agua fenicada al 4 por 100, y 20 c. c. de agua destilada, con lo que toma coloración amatista intensa, que cambia á amarillo más ó menos intenso si á dos ó tres centímetros de él se le agregan unas gotas del recogido gástrico filtrado, cuando en él hay ácido láctico. La reacción es la más de las veces poco intensa; y para que tenga real valor, es menester emplear la comida de harina de avena, pues todas las que contienen pan originan normalmente ácido láctico. Si la reacción se efectúa preparando el Uffelmann, sólo por la adición de una gota de la solución de percloruro de hierro, como aconseja Robin, la reacción es mucho menos característica, y aun operando por comparación con otro tubo en que se ponga igual cantidad de reactivo sin adicionarle recogido gástrico, no pocas veces es muy dudosa.

El grado de *digestión de los albuminoideos* se averigua por la investigación de la sintonina, la propeptona y la peptona. Para la *sintonina* basta neutralizar con lejía de sosa una pequeña cantidad del recogido, con lo que se produce, si las hay, enturbiamiento opalescente del líquido, y más tarde precipitado, tenue y escaso las más de las veces, y proporcional á la cantidad contenida de ella. La *propeptona* se investiga filtrando el líquido que ha servido para buscar la sintonina, añadiéndole igual cantidad de solución saturada de cloruro de sodio y acidificándole con ácido acético; si hay propeptona, precipita en frío, redisolviendo el calor el precipitado. Para

averiguar la *peptona*, no se emplea generalmente el licor de Fehling, con el cual dan coloración rosa, sino la reacción del biuret, que es algo más compleja, pero muchas veces característica. Para efectuarla, se adiciona á una corta cantidad de recogido gástrico filtrado, de preferencia puesto en un tubo de ensayo, para que la reacción sea más clara, como la mitad de su volumen de lejía de sosa al 30 por 100, y aún más si el líquido se sabe que es muy ácido, que se cuida que caiga babeando por las paredes del tubo, y unas gotas de solución acuosa de sulfato de cobre al 1 por 100, no al 1 por 1.000, como dicen por error algunos autores; si hay peptona, se forma entre la lejía y el recogido un disco violeta, que no siempre es inmediato; está en proporción con la cantidad de peptonas; resalta sobre el color claro del líquido de la extracción, se hace uniforme á la parte superior formada por los reactivos añadidos por agitación ligera, y muy confusa cuando se mezcla con todo el líquido por agitación mayor.

Los productos de la digestión de los hidrocarbonados se investigan adicionando á una pequeña cantidad de recogido filtrado una gota de reactivo Lugol, compuesto de iodo, 1 gramo; ioduro potásico, 2 gramos; agua destilada, 100 gramos, con lo que aparece:

| COLORACIÓN | LO QUE SIGNIFICA |
|---|---|
| Azul, si hay almidón soluble | Mala digestión de hidrocarbonados. |
| Roja, si hay eritrodextrina | |
| Violeta, si hay mezcla de almidón soluble.... eritrodextrina..... | |
| Incolora, caramelo ó rosa, si hay acrodextrina. | Buena. |

Es necesario, sin embargo, tener cuidado de no añadir más de una ó dos gotas del reactivo, porque las más de las veces la coloración es muy fuerte y por ello difícil de definir; para poder efectuarlo, basta añadir agua en cantidad bastante, con lo que la coloración se hace perfectamente clara y precisa por disolución del líquido.

Ya se ha filtrado suficiente cantidad de líquido de uno recogido, hechos antes de comenzar esta conferencia; ya podemos proceder, por tanto, á la *determinación cuantitativa de su acidez.* Es, sin duda ninguna, la operación fundamental del análisis del recogido gástrico, y por ello, cuando haya poco líquido, será para lo que lo utilizaremos, puesto que los demás datos de quimismo, aun siendo muy interesantes, son casi matemáticamente secundarios al tipo de acidez.

Para efectuarlo, basta, como ven, con llenar una bureta, graduada hasta el 0, con una solución acuosa de sosa cáustica, ó lejía de sosa, al 4 por 1.000, suspenderla, y poniendo debajo un vasito con

10 c. c. de recogido gásfrico filtrado y una ó dos gotas de solución alcohólica de fenolptaleína al 1 por 100, dejar caer sobre él gota á gota la lejía, hasta que de incoloro pase á rojo permanente. Se lee entonces la cantidad de lejía gastada, y como cada centímetro de ésta reduce 0,00365 de acidez, según los que se hayan empleado será la de acidez; multiplicando la cifra obtenida por 100, para lo que bastará quitar dos ceros de la izquierda, se tendrá la acidez por 1.000 que el líquido tiene. En este recogido hemos necesitado 6 c. c. de lejía; luego su acidez es:

$$0{,}00365 \times 6 = 0{,}0239, \text{ que} \times 100 = 2{,}190 \text{ por } 1.000$$

Como veis, la operación es sencillísima; y el cálculo lo es aún más, porque lo habitual es tener hecha para ello una tabla ó cuadro que lo facilita en gran manera, y que publico aquí para ahorrar trabajo á quien pueda convenirle:

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1/10 | de c. c. de | solución | decinomal | de sosa, | neutraliza 0,00036 | de acidez. |
| 1/4 | — | — | — | — | 0,00091 | — |
| 1/2 | — | — | — | — | 0,00182 | — |
| 1 | — | — | — | — | 0,00365 | — |
| 1 1/2 | — | — | — | — | 0,00532 | — |
| 2 | — | — | — | — | 0,00730 | — |
| 2 1/2 | — | — | — | — | 0,00912 | — |
| 3 | — | — | — | — | 0,01095 | — |
| 3 1/2 | — | — | — | — | 0,01277 | — |
| 4 | — | — | — | — | 0,01460 | — |
| 4 1/2 | — | — | — | — | 0,01642 | — |
| 5 | — | — | — | — | 0,01825 | — |
| 5 1/2 | — | — | — | — | 0,02007 | — |
| 6 | — | — | — | — | 0,02090 | — |
| 6 1/2 | — | — | — | — | 0,02372 | — |
| 7 | — | — | — | — | 0,02555 | — |
| 7 1/2 | — | — | — | — | 0,02737 | — |
| 8 | — | — | — | — | 0,02920 | — |
| 8 1/2 | — | — | — | — | 0,03102 | — |
| 9 | — | — | — | — | 0,03285 | — |
| 9 1/2 | — | — | — | — | 0,03467 | — |
| 10 | — | — | — | — | 0,03650 | — |
| 10 1/2 | — | — | — | — | 0,03825 | — |
| 11 | — | — | — | — | 0,04015 | — |
| 11 1/2 | — | — | — | — | 0,04097 | — |
| 12 | — | — | — | — | 0,04380 | — |
| 12 1/2 | — | — | — | — | 0,04562 | — |
| 13 | — | — | — | — | 0,04745 | — |
| 13 1/2 | — | — | — | — | 0,04927 | — |
| 14 | — | — | — | — | 0,05110 | — |

Esta investigación cuantitativa nos da la cifra exacta de la acidez del líquido, y es la que más comúnmente y por los más se efectúa, determinando luego la existencia de ácido clorhídrico libre por la reacción de Güuzburg, é induciendo así el tipo de la acidez. Pero esto, como veis, no puede ser más expuesto á error, porque, en realidad, por esta determinación acidimétrica no se puede saber más que la cifra de la acidez, y no su naturaleza, con grave riesgo de error, como es fácil ver.

En efecto; la acidez del recogido gástrico está formada por la suma de la acidez clorhídrica libre, si la hay; la acidez clorhídrica combinada y otros elementos de acidez que no son clorhídricos; y como la determinación de la acidez con la lejía de sosa y la fenolptaleína no da más que la cifra total, suma de estas acideces, cabe la grave equivocación de suponer tipos químicos contrarios á los que que en realidad tiene quien los padece.

Un ejemplo pondrá bien de manifiesto lo palmario del error: representemos por A. C. L. la acidez clorhídrica libre; por A. C. C. la acidez clorhídrica combinada; por A. N. C. la acidez no clorhídrica, y por A. T. la acidez total; estas cifras son en lo normal, aproximadamente:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| A. C. L. | 0,5 | á | 0,7 | por 1.000 |
| A. C. C. | 0,3 | » | 0,5 | » |
| A. N. C. | 0,7 | » | 0,8 | » |
| A. T. | 1,5 | » | 2,0 | » |

pero si á las investigaciones en el recogido de algunos retencionistas, casi siempre de gran acidez, podemos y aun solemos encontrar cifras parecidas á las siguientes:

| | |
|---|---|
| A. C. L. | 0,2 |
| A. C. C. | 0,2 |
| A. N. C. | 3,5 |
| A. T. | 3,9 |

Y si, siguiendo el proceder común, evaluamos sólo la acidez total, vemos después que hay acidez clorhídrica libre, é interpretamos la cifra total como de acidez de esta naturaleza; calificaremos á quien la padece de gran hiperclorhídrico, siendo, como ustedes ven, hipoclorhídrico con gran hiperacidez. Y el error y sus consecuencias clínicas no podrán menos de ser graves. Este es, por desgracia, frecuentísimo, y de él arrancan las controversias acerca de los resultados lejanos de la gastro-enterostomía sobre la secreción en los

estenósicos benignos de píloro, porque no graduando más que la acidez total por el procedimiento mencionado, se afirma por los más que la gastro-enterostomía disminuye la hiperclorhidria, porque disminuye la cifra total de acidez; pero si efectuamos el análisis determinando los factores de la acidez, puede fácilmente verse que lo que disminuye es la hiperacidez subsiguiente á las fermentaciones láctica y butírica secundarias á la retención alimenticia que desaparece con la gastro-enterostomía, pero subsistiendo siempre el tipo químico secretorio anterior, que las más de las veces es hiperclorhídrico.

De aquí la necesidad ineludible de no limitarse á efectuar esta determinación con la lejía y la fenolptaleína, sino con reactivos colorimétricos que consientan la dosificación de los factores de la acidez. Los más útiles son los propuestos por Töpfer: la dimetilamido azo-benzol en solución alcohólica á 0,25 por 100, para la acidez clorhídrica libre y la solución acuosa de alizarina al 1 por 100 para la acidez clorhídrica combinada, procediéndose de la manera siguiente: si se obtiene cantidad suficiente á tres muestras de 10 c. c. de recogido gástrico filtrado (ó de 5 c. c. si no hubiera bastante), se añade: á una, dos gotas de la solución de dimetilamido azo-benzol; á otra, dos de la de alizarina, y á la tercera, dos de fenolptaleína, y se las titula con la lejía de sosa al 4 por 1.000 hasta que cambian permanentemente de color; la cantidad de lejía gastada da la cifra de cada una de las acideces, y la diferencia entre la suma de las cifras obtenidas con el dimetil y la alizarina y la lograda con la fenolptaleína, que da la total, es la acidez extra-clorhídrica.

Este procedimiento, muy completo y útil, como ven, tiene, sin embargo, en la práctica como inconveniente: que no pocas veces no se dispone de cantidad suficiente de líquido para las tres investigaciones, teniendo en cuenta que ha de quedar para las demás, y que la alizarina seca, única que hay aquí en mercado, no es útil, porque se altera, y no da soluciones al grado que se necesitan.

Por estas ó por otras razones, Linossier, considerándole como el procedimiento más clínico, le ha simplificado operando con una sola cantidad de líquido y un solo reactivo, que lleva su nombre desde que lo propuso en 1898, y cuya fórmula es:

| | |
|---|---|
| Dimetilamido azo-benzol..... | 25 centigramos. |
| Fenolptaleína..... | 2 gramos. |
| Alcohol..... | 100 » |

y cuyos resultados resuelven perfectamente todas las necesidades de la práctica.

Para operar con él, basta colocar en un vaso graduado, como

ustedes ven, 10 c. c. del recogido gástrico filtrado, añadirle dos gotas del reactivo, que le da coloración rojo granate, y luego dejar caer, desde la bureta llena hasta el 0, la lejía de sosa al 4 por 1.000, hasta la desaparición del color rojo é iniciacion del amarillo, y apuntar la cifra de la lejía gastada, que representa la acidez clorhídrica libre; se continúa entonces adicionando lejía hasta que pase del amarillo débil ó naranja hasta el amarillo fuerte ú oro; se lee la lejía gastada que representa la acidez clorhídrica combinada, cifra poco estimable por su escaso valor, como podrá ver todo el que efectúe muchas veces el método, y por lo equívoco de su averiguación, basada sólo en el cambio de tono del color; y luego se continúa añadiendo lejía hasta qne reaparece la coloración roja, lo que marca el fin de la reacción, y cuya cifra representa la acidez total. La diferencia entre ésta y la suma de las acideces obtenidas antes, representa la cifra exacta de acidez extraclorhídrica, medida cuantitativamente sin necesidad de ninguna otra operación.

No cabe mayor sencillez ni facilidad. Y por lo completo de los datos que proporciona y la escasa cantidad de líquido que se necesita, consintiendo quede siempre, aun cuando la que se extrajo fuera escaso, lo suficiente para las demás investigaciones, es el que venimos empleando con preferencia.

Robin, siguiendo las indicaciones de Baurnigault, ha propuesto modificar el procedimiento por la titulación con una solución alcohólica de hematoxilina al 1 por 100, pero no da reacciones tan claras y precisas, y por ello nosotros usamos como proceder de comprobación la titulación con la solución de fenolptaleina, lo cual nos ha permitido ver la exactitud de resultados del método de Linossier, que hemos también compulsado por el uso de procedimientos simultáneamente en los mismos recogidos.

Y ahora ustedes verán si después de esta sencillez y precisión, y de la riqueza de datos que procura, si no debe ser este procedimiento el que sustituya definitiva y constantemente, y en tanto se encuentre otro mejor, al deficiente de titulación que actual y casi exclusivamente viene empleándose.

Hecha la determinación con él, huelga efectuar la investigación con el reactivo Güuzburg, porque, ¿para qué averiguar cualitativamente si hay ó no acidez clorhídrica libre, cuando de una sola vez y con este reactivo se ve, por la dimetilamidoazobenzol, su falta ó su existencia, y se la determina cuantitativamente?

*(Continuará.)*

# NOTAS CLÍNICAS DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA

## Un caso de mano valga post-operatoria. Resección ortopédica del cúbito.

POR EL DR. JUAN ESTEBAN MUÑOZ
Del Instituto Rubio.

El día 21 de Octubre de 1908 se presentó en el Dispensario de Huesos y Articulaciones del Instituto Rubio, Josefa Díaz, de cincuenta y dos años de edad, casada, residente en Madrid y sin antecedentes patológicos relacionados con el padecimiento actual. Refiere que el 19 de Junio de dicho año sufrió una caída desde la cama, apoyándose sobre la palma de la mano izquierda. Sintió un dolor agudo, y quedó imposibilitada por el momento para verificar movimientos de la mano y muñeca. Al siguiente día le aplicaron un apósito con férulas de cartón, el cual le quitaron al otro día por encontrarse el antebrazo y la mano bastante tumefactos. A pesar de las repetidas fomentaciones que le aplicaron, los fonómenos inflamatorios no cedieron, y á los quince ó veinte días se abrió espontáneamente un absceso, dando salida á una pequeña cantidad de pus. Durante este tiempo, dice haber tenido intensos dolores en la parte inferior del antebrazo, que le cedieron un tanto después de abrirse el absceso.

Le quedó un trayecto fistuloso, que se cerró al cabo de un mes aproximadamente, volviéndose á abrir otra vez al poco tiempo, y dando entonces salida á una gran cantidad de pus, y cuyo trayecto estaba abierto aún, cuando vimos por primera vez á la enferma.

En el momento de presentarse en el Dispensario se quejaba de dolores espontáneos, ligeros, que se aumentaban al tratar de hacer cualquier movimiento.

Por la palpación no se apreció deformidad notable alguna; únicamente se veía la apófisis estiloides del radio, al mismo nivel próximamente que la del cúbito, estando, por tanto, aquélla algo por encima de su nivel normal; la mano estaba en ligera abducción. Existía un trayecto fistuloso en la parte antero-externa de la extremidad inferior del antebrazo, á dos dedos por encima del pliegue de flexión palmar.

Por la palpación se notó que ésta era dolorosa al nivel de la extremidad inferior del radio, desde 4 ó 6 centímetros por encima de la articulación radio carpiana; también se pudo apreciar una li-

gera movilidad anormal de dicha extremidad inferior del radio y una crepitación claramente perceptible.

Se hizo el diagnóstico de fractura no consolidada de la extremidad inferior del radio, con ósteo-mielitis de dicha extremidad.

Se le dió ingreso para operarla, y el día 7 de Noviembre, mi maestro, el Dr. García Hurtado, la operó, comprobándose la fractura de la extremidad inferior del radio, así como la ósteo-mielitis del fragmento inferior y la existencia de un pequeño foco ósteo-mielítico en el extremo inferior del fragmento superior. Se extirpó todo el fragmento inferior de radio y se raspó el foco ósteo-mielítico del fragmento superior, así como las fungosidades que existían en el trayecto fistuloso y partes blandas que rodeaban el hueso afecto. Se dejó drenaje y se colocó un aparato de escayola, sosteniendo la muñeca en ligera extensión.

El proceso infeccioso de las partes blandas no desapareció por completo inmediatamente después de la operación, tardando aún algunas semanas en cicatrizar la herida operatoria, y formándose por esto una profunda y extensa cicatriz retráctil.

Falto el carpo del apoyo externo que le proporcionaba la extremidad inferior del radio, resecado en una extensión de 5 ó 6 centímetros y solicitado hacia arriba en esta parte externa por el tejido cicatricial de las partes blandas sumamente retráctil, estando además sujeto en su parte interna por los medios de unión cúbito-carpianos, se produjo una deformidad de la mano en valgus (mano bot valga ó radial), que se fué aumentando hasta formar ésta un ángulo bastante pronunciado con el eje del antebrazo, deformidad que le impedía en absoluto toda clase de movimientos con dicha mano, y que á los tres meses y medio de operada no era corregible por medios manuales, sino acaso produciendo un gran desgarro del tejido fibroso de cicatriz de la parte externa, y la cual corrección habría sido peligrosa, á más de ineficaz, pues se reproduciría por las mismas causas que la han originado.

No quedaba, pues, otro tratamiento que una resección ortopédica de la extremidad inferior del cúbito, procurando dejar las nuevas caras inferiores del cúbito y radio en disposición de hacer posible una perfecta adaptación á la antigua superficie articular carpiana.

El día 1.° del presente mes le practiqué la operación, ayudado y dirigido por el Dr. D. Saturnino García Hurtado. Anestesiada la enferma con cloroformo, hice la incisión cutánea cúbito-dorsal de Kocher para resecciones de la muñeca, incisión que me servía para hacer la resección de la extremidad inferior del cúbito y para examinar ampliamente la extremidad inferior del radio. Sección del

ligamento anular posterior del carpo, incisión de la vaina tendinosa del extensor del meñique y del extensor común de los dedos. Puesto al descubierto el extremo inferior del cúbito, separando hacia afuera los tendones contenidos en estas vainas, incindí la cápsula por la cara posterior de la articulación pegado á dicho extremo inferior. Incindí el periostio longitudinalmente en una extensión de 5 centímetros desde la cápsula. Una vez inclinado hacia adentro y adelante el tendón del cubital posterior y seccionado el ligamento lateral interno, fuí despegando el periostio de atrás adelante por ambos lados hasta desnudar por completo la extremidad inferior del cúbito.

Seccioné con la sierra dicha extremidad en una extensión de 5 ó 6 centímetros, y una vez igualadas las superficies inferiores del cúbito y radio, hice la sutura de la cápsula, así como de las vainas tendinosas incindidas, con catgut, y la de la piel con crin de Florencia. Coloqué la mano en posición normal con extensión completa y sostenida con un vendaje de escayola que se extendía desde las puntas de los dedos, abrazando casi todo el antebrazo. Á los ocho días le quité los puntos, estando cicatrizada la herida cutánea, y le coloqué otro aparato de escayola más corto que le permitía la flexión de las articulaciones metacarpo-falángicas é interfalángicas. A los quince días se le empezó á dar masaje y movimientos de estas articulaciones, hasta la fecha actual en que conserva la posición en que coloqué el miembro (si bien es verdad que no se quita el vendaje de escayola más que durante las sesiones de masaje), y que van adquiriendo su función los músculos flexores de los dedos, que apenas funcionaban antes de la segunda operación.—Madrid 24 Marzo 1909.

## Un caso de anquilosis ósea del codo.—Resección.

Por el Dr. Alfonso Arsces
Del Instituto Rubio.

Josefa Hernández, de veintisiete años de edad, natural de Alvercar (Salamanca), sin ningún antecedente patológico anterior á su enfermedad actual; se presentó el día 10 de Marzo de este año, en el Dispensario de Osteo-artropatías del Instituto Rubio, á cargo del Dr. García Hurtado.

Interrogada la enferma, manifestó que hacía cinco meses había sufrido una caída sobre el codo derecho, estando el antebrazo en flexión sobre el brazo. A partir de este traumatismo, aquejaba agudos dolores articulares é impotencia funcional. Acudió á una acreditada

curandera de su región, y después de unturas y tracciones la colocó un apósito, dejando el antebrazo en completa extensión con el brazo y en semipronación, teniéndole colocado por espacio de unos cuarenta días, al cabo de los cuales la dió de alta, pero quedando desde entonces una impotencia funcional absoluta de la articulación, la cual dió lugar á venir á Madrid buscando remedio á su dolencia.

Examinada la articulación, no pudo observarse más que una anquilosis ósea completa, pues tanto los movimientos activos como pasivos de esta articulación eran imposibles. El olecranon se encontraba situado en la misma línea que une las apófisis inferiores del húmero, ó sean la epitróclea y el epicóndilo; la cabeza del radio tampoco se encontraba cambiada de posición.

Se hizo el diagnóstico de una anquilosis ósea consecutiva á una fractura; pero ¿qué clase de fractura? No podía precisarse de una manera absoluta de qué parte articular era la fractura, pues como lo que interesaba era el devolver á la articulación su integridad funcional, para lo cual no había otro medio que una resección (por tratarse de anquilosis ósea), ésta fué propuesta á la enferma, quien la aceptó desde luego, pues lo que ella quería era volver á mover el brazo. Verificado su ingreso en la clínica, el Dr. Hurtado me encargó de la enferma para que yo interviniera.

Con objeto de precisar el sitio de la fractura, fué hecha una radiografía que, á decir verdad, tampoco nos aclaró mucho el diagnóstico; pues á pesar de ser ésta una buena radiografía, casi nos dejó en las mismas dudas, y digo casi, porque aunque poco, vimos algo; por radiografía se veía la extremidad inferior del húmero completamente delineada, el olecranon no mostraba tampoco nada de fractura ni de luxación, así como tampoco la apófisis coronoides; el radio está subluxado hacia atrás, pero debajo de la extremidad inferior del húmero; y correspondiendo al lado interno del cúbito y parte anterior del radio había dos sombras más obscuras; esto es todo lo que se podía apreciar en la radiografía.

El día 15 procedí á la intervención, y previos los preliminares pertinentes á todas las operaciones, hice la incisión lineal de Langenbek, procediendo á disecar el nervio cubital con objeto de separarlo del campo operatorio para no herirle en los tiempos sucesivos, hecho lo cual, se seccionó el tendón del triceps, se desinsertaron los músculos epicondíleos y epitrocleares, se forzó la articulación y se fracturó, con objeto de proceder á la sección ósea, la cual practiqué previa denudación del periostio y de la inserción del biceps. Resequé con escoplo y martillo la extremidad inferior del húmero y con la sierra la del cúbito y radio, teniendo la cúpula de este hueso un fragmento del cóndilo adherido á su cara anterior, que era la som-

bra más obscura que nos daba la radiografía; en el lado interno del cúbito también existía otro fragmento adherido, que no era más que la epitroclea; en vista de eso, ya se podía tener la seguridad de que había existido una fractura, y ésta correspondía á la apófisis interna y externa del húmero.

Una vez seccionados los huesos, se procedió á la sutura muscular y de piel, y se colocó un vendaje de escayola, poniendo el brazo en ángulo recto.

El curso post-operatorio fué normal hasta ahora, siendo de presumir que el resultado funcional será también bueno, pues aunque no recupere toda la movilidad la nueva articulación, por lo menos la nueva posición del miembro permitirá á la enferma servirse de él; esto dado el caso, más desfavorable, de que volviese á ocurrir una anquilosis.

---

## UN CASO INTERESANTE DE PRESENTACIÓN DE FRENTE PERSISTENTE

Por el Dr. D. Adolfo Martínez Cerecedo
Del Instituto Rubio.

La rareza de las presentaciones persistentes de frente es un hecho clínico indudable, y del cual estoy íntimamente convencido por experiencia propia, pues desde el año 1880 hasta hoy no presencié más que tres casos:

El primero lo observé de interno en la Maternidad de la Facultad de Medicina de Santiago, terminando espontáneamente con feto muerto.

El segundo ocurrió el 25 de Noviembre de 1906, siendo imprescindible practicar la craneotomía en feto muerto, para salvar la madre, y el tercero es el que voy á exponer, que terminó por una aplicación de forceps después de tres días de parto.

El diagnóstico ofreció, en los dos últimos casos, grandes dificultades, ya por permanecer muy alta la presentación, ya por la existencia de una bolsa sero-sanguínea considerable, que no permitía cerciorarse de la situación de las suturas y fontanelas por llevar la parturiente mucho tiempo de parto.

Es, no obstante, importantísimo hacer un diagnóstico precoz, porque la expectación en estas presentaciones no produce la eficacia que generalmente en las de vértice y cara, máxime sin son occipito ó mento posteriores. Pero hay más todavía: no sólo es difícil en ciertos casos y circunstancias el diagnóstico de presentación frontal persistente, sino que puede ser dificilísimo el diagnosticar si dicha presentación está encajada ó no, y, sin embargo, este concep-

to es necesario, porque de él ha derivarse una terapéutica científica.

Que esta noción no es teórica, lo deduzco de las vacilaciones que embargaron mi espíritu, sin saber qué partido tomar: si hacer una aplicación de forceps ó una versión, ó si sería preferible la basiotripsia, á cuyo efecto tenía el instrumental dispuesto, pues la vida fetal estaba descontada por suponer que no existía.

Como entiendo que las presentaciones de frente persistentes tienen su fisonomía propia, por su peculiar mecanismo, por su pronóstico gravísimo y por su tratamiento, si no especial, por lo menos oportuno y preciso que reclaman, por estos motivos traigo á esta Revista el presente caso.

El diagnóstico de estas presentaciones es difícil al principio por estar alta la frente, y más tarde puede continuar la dificultad opuesta por el gran edema que ofrece la frente, hasta el punto de confundirse con una presentación de nalgas, á no explorar distante del centro del conducto pélvico; pero aun diagnosticada la presentación y su persistencia, hay otro asunto de altísima importancia, por trascender al tratamiento, cual es precisar si hay ó no encajamiento. Esta circunstancia, difícil de determinar en algunos casos de presentación de vértice, máxime si hay desproporción de diámetros, es muy difícil en las presentaciones de cara, y lo es más todavía en las de frente, por las razones que someramente expondré.

En las presentaciones de vértice tenemos el poderosísimo recurso puesto en evidencia por Farabeuf, para esclarecer si las dos eminencias parietales han franqueado el plano del estrecho superior. En efecto; no basta que la mayor parte de la cabeza ocupe la excavación para poder aseverar que se verificó el encajamiento, siendo necesario conocer la situación de la sutura sagital y la distancia del polo descendente al plano coxi-sacro, para poder afirmar si realmente hay encajamiento ó no.

En las presentaciones de frente el problema es más complejo, porque en realidad el encajamiento no está determinado precisamente por la penetración de las eminencias parietales en la excavación, sino cuando el polo occipital y mentoniano rebasan el plano del estrecho superior, es decir, cuando ocurre la penetración del mayor diámetro cefálico, el occípito-mentoniano, ya se deslice primero en la excavación el extremo occipital ó el mentoniano, ya rebasen ambos polos simultáneamente el plano del estrecho superior.

Así como tienen estas presentaciones un mecanismo peculiar, tienen también un pronóstico propio cuando se hacen persistentes, mucho más grave que el de las demás presentaciones cefálicas, lo cual, á priori, pudiera sospecharse al considerar que tanto en las presen-

taciones de vértice como en las de cara, el ovoide cefálico se presenta por uno de sus polos, mientras que en las frontales ocurre lo contrario, presentándose la cabeza por su mayor diámetro, el occipito mentoniano, el cual ha de experimentar necesariamente considerable reducción para atravesar el estrecho superior, y todo el conducto pelviano, aun en la hipótesis que, no simultánea, sino sucesivamente, penetren, ya sea primero el polo occipital, como sostiene Pollosson, ya el mentoniano, como afirman otros.

Sólo sufriendo la cabeza profundas deformaciones plásticas, puede concebirse el parto espontáneo y aun el realizado con el auxilio del forceps, por cuyo motivo el pronóstico es gravísimo en estas presentaciones, particularmente para el feto, cuya mortalidad asciende al 50 por 100, á no intervenir muy al principio del parto, en que, siendo posible su transformación en presentación por uno de los polos cefálicos, especialmente por el vértice, ó una versión, se salvarían la mayor parte de los fetos.

La circunstancia de que exclusivamente el 10 por 100 de casos terminaron espontáneamente en la clínica de Pinard, da una idea del carácter eminentemente patológico de estas presentaciones.

Como se ve claramente, este pronóstico no puede compararse con el de las demás presentaciones cefálicas, pues las de cara, que son mucho más graves que las de vértice, tienen un pronóstico mucho más favorable y terminan espontáneamente la mayoría de las veces, del 60 al 90 por 100.

*
* *

Manifestado lo que precede, como justificante del interés considerable que merecen las presentaciones persistentes de frente, paso á referir concisamente el caso clínico.

*
* *

El día 14 de Febrero último fuí llamado para operar á una parturiente, pluripara, de treinta y cuatro años y de buena constitución, que estaba con dolores de parto desde el 11, en que empezó á perder el líquido amniótico.

Estaba asistida por una inteligente comadrona, que le había hecho irrigaciones vaginales con agua sublimada, previos lavados vulvo-perineales, y que afirmaba que la presentación era de vértice.

La parturiente estaba agitadísima y con el pulso muy frecuente é irregular (de 130 á 140 pulsaciones por minuto), marcando el termómetro 38 grados.

Reconocida, noté por tacto digital una superficie blanda, redon-

deada y regular, que recordaba, por su consistencia pastosa y depresible, la impresión que producen las presentaciones de nalgas, profundamente encajadas; tal era el edema considerable que formaba la bolsa sero-sanguínea, que estaba muy desarrollada, dando apariencias de encajamiento profundo, cuando realmente la cabeza estaba elevada y únicamente fija en el estrecho superior. Explorando hacia las paredes de la excavación, se apreciaba la dureza propia del cráneo, pero no con la claridad precisa las suturas y fontanelas, suscribiendo, por lo tanto, el diagnóstico de la comadrona; y como la dilatación de la matriz, sin ser completa era suficiente, y la parturiente estaba ya febril y agitadísima, me pareció indudable la indicación de terminar rápidamente el parto.

Como estaba perdiendo aguas desde el día 11, hacía más de tres días, y el útero estaba retraído, por más que la cabeza permanecía alta, dando la bolsa sero-sanguínea muy prolongada la falsa impresión de profundo encajamiento, creí que no debía pensar en la versión, y sí exclusivamente en el forceps ó en el basiotribo, si aquél se deslizaba y resultaba insuficiente para extraer la cabeza, pues por más que no oía los latidos del corazón fetal, y el líquido amniótico, teñido de meconio, indicaba la muerte ó sufrimiento del feto, la experiencia me enseña que, sin embargo de no oirse el latido fetal y de la salida del amnios verdoso ú oscuro, no obstante todo esto, puede extraerse algunas veces un feto más ó menos asfixiado, pero susceptible de vivir; de lo cual se deduce que mucho antes de la muerte real, deja de percibirse dicho latido. Por estas razones apliqué el forceps, de acuerdo con mi ilustrado compañero, Dr. Pastor, que me auxiliaba en dicha intervención.

El forceps, aplicado regularmente con relación á la pelvis, se escapó una vez; pero habiendo logrado hacer descender algo la cabeza, hice una segunda aplicación ligeramente oblicua, consiguiendo la deseada extracción.

La presentación era de frente, transversalmente colocada la cabeza; la cara estaba hacia el lado derecho.

Antes de la extracción de la cabeza se desprendió un trozo del borde posterior izquierdo del orificio uterino, y después de haber extraído el feto, resequé otra porción menor que el desprendido anteriormente, de dos centímetros de grueso por cinco de largo, aproximadamente. Por los caracteres de coloración, consistencia, etc., me pareció preferible su resección á suturarlo con muy pocas probabilidades de éxito.

Reconocimientos posteriores demostraron que efectivamente el hocico de tenca había desaparecido por el lado póstero-izquierdo.

No obstante de lo laboriosa que fué la intervención, que duró

treinta minutos, el corazón fetal todavía latía; pero fué imposible hacer vivir el feto, no obstante haber practicado la respiración artificial durante quince ó veinte minutos.

Dos horas después de la operación el pulso era muy pequeño, frecuente é irregular (160 pulsaciones por minuto); pero la puérpera se encontraba bien, siendo la respiración normal y satisfactorio su estado general.

Durante la primera semana del puerperio, la fiebre osciló entre 37,3 y 38°, y fué necesario sondarla ocho días.

***

Las deducciones que se desprenden de este caso son numerosas é interesantes, pero me fijaré meramente en las más importantes.

La primera que salta á la vista es la gravedad de esta presentación, que produjo la muerte del feto y expuso la vida materna por excesiva expectación, disculpable en la comadrona que la asistía, porque los seis partos anteriores todos habían sido largos, durando tres ó cuatro días, terminando con expulsión espontánea de fetos vivos.

Cuando la presentación de frente es persistente, reviste mucha mayor gravedad que las presentaciones irregulares de cabeza, pues el exceso de flexión (presentación occipital) y el marcado asinclitismo (presentaciones parietales) podrán retardar el parto, pero carecen del funesto pronóstico de las frontales persistentes, que deben ser diagnosticadas á tiempo para que la oportuna intervención salve el 90 por 100 de fetos (Ahlfeld).

Es tan grave el pronóstico, particularmente para el feto, al producir de un 50 á un 60 por 100 de mortalidad, que esta circunstancia solamente sería suficiente para dar personalidad propia á estas presentaciones, miradas con censurable indiferencia por la mayoría de los autores, que las consideran como simples variedades de vértice ó cara, sin comprender que su mecanismo es característico y propio, diferente de estas presentaciones.

Esto constituye la prueba más elocuente de que todos los extremos son viciosos, y que tan erróneo es admitir todas las presentaciones de Baudelocque y sus predecesores, como reducirlas excesivamente con Noegele, no admitiendo las presentaciones de frente.

Tales exclusivismos son perniciosos en clínica obstétrica, que confirma la realidad de las presentaciones frontales, por más que sean rarísimas las persistentes.

La segunda deducción que puede sacarse, es la relativa inocui-

dad de los desgarros y hasta desprendimientos cervicales, si la más escrupulosa asepsia es observada.

Efectivamente, no se pasó de lavados vulvo-perineales y de irrigaciones vaginales, porque como el desprendimiento cervical fué producido por la compresión y alteración circulatoria consecutiva, he creído que la génesis de la pequeña fiebre estaba en el segmento inferior uterino, accesible, por lo tanto, por la vagina con irrigaciones, y, además, únicamente la fiebre alcanzó un grado en los dos primeros días del puerperio.

La inocuidad de este desgarro y desprendimiento cervical no me sorprendió, pues creyendo, con Playfair, que la dilatación completa del orificio uterino no es una condición *si ne qua non* para terminar el parto por versión ó aplicación de forceps, según las circunstancias, cuando la vida materna ó fetal lo exigen, he presenciado muchos desgarros, y hasta hoy no tuve que deplorar consecuencias funestas.

La tercera deducción que puede inferirse, es que la frecuencia, pequeñez é irregularidad del pulso amenazaban seriamente á la parturiente; y de continuar algún tiempo más la expectación, la intervención hubiera probablemente fracasado por falta de oportunidad, esto es, por ser tardía.

Los caracteres del pulso de esta parturiente me recuerdan un caso desgraciado, ocurrido hace más de veinte años.

Después de varias aplicaciones infructuosas de forceps, hechas por varios compañeros, hice yo craneotomía, y extraje el feto. La puérpera falleció á las doce horas, sin reaccionar, con el pulso muy frecuente, pequeño é irregular, como en el caso descrito. La muerte la atribuí al shock traumático, porque la sideración ó colapso se acentuó cada instante más y más hasta la agonía, sin pérdida de sangre que pudiera explicar el profundo agotamiento ó depresión en que cayó aquella operada. En aquel caso, como en el historiado, hubo shock; pero en éste, la puérpera reaccionó, y se salvo. Si conociéramos la resistencia individual *á priori,* sería fácil la solución de uno de los problemas más arduos de la Medicina, cual es el pronóstico.

# SECCIÓN CIENTÍFICA ORIGINAL

## LA PUNCIÓN LUMBAR Y LA SEROTERAPIA OPSÓNICA EN LA TERAPÉUTICA DE LA MENINGITIS

POR EL DR. ALONSO GARCÍA SIERRA
De Madrid.

La muerte de un niño por meningitis es uno de los cuadros que más me han impresionado en el ejercicio de nuestra profesión.

Ante el cuadro clínico que se desarrolla, el médico, llenando solamente alguna indicación sintomática, pasa ratos muy penosos en tanto dura aquel período de que hablaba nuestro gran Letamendi, «desde que el enfermo huele á muerto hasta que el muerto huele mal».

Por ello he estudiado con el mayor detenimiento cuanto se relaciona con esta dolencia, cuyo diagnóstico equivale, según frase de Hutinel, á «una sentencia de muerte»; cuyo pronóstico encierra un gran problema médico-social, que apreciamos muy directamente los prácticos de Paidopatía, y cuyo tratamiento tiene muy modernos puntos de vista desde que Netter y Concetti indicaron la punción lumbar como superior recurso terapéutico á los calomelanos, sanguijuelas, ioduro, baños, etc., que llamábamos medios clásicos.

Con ellos trataba yo los muchos enfermos de meningitis que se nos ocurren á todos en la práctica, cuando en el mes de Febrero próximo pasado conocí los trabajos de mi querido compañero César Juarros, publicados en la Revista del Cuerpo á que ambos pertenecemos: y he de confesar, con toda lealtad, que me parecieron tan razonables, tan exentos de pasión, tan factibles, que desde luego decidí estudiar el asunto con el mayor detenimiento y seguir sus experiencias.

Refiriéndome á las inflamaciones de las meninges blandas aragnoides y pía madre, leptomeninge, en todas sus formas y variedades encontré bien pronto una bibliografía bastante importante en cantidad y calidad.

Ebstein la recomienda como de indicación vital en todos los casos de elevada presión cerebro-espinal. Zichen, citado por el ante-

rior, la indica en el tratamiento de la meningitis serosa, al igual que lo hace Ungel, Heker-Trump y otros autores.

En 1904, Mathieu, en su *Tesis de Lyón* sobre este asunto, llega á sentar la aventurada afirmación de que es paliativa en la meningitis tuberculosa y curativa en los demás casos.

El doctor ruso, Gagnen, publica en 1906 sus observaciones, diciendo que con ellas hay, por lo menos, la seguridad de un alivio inmediato sin riego alguno.

Rayband, en *Marseille Medical* (1902), aconseja la punción y los baños calientes como el mejor tratamiento de la meningitis.

De un modo idéntico se expresan De Buck, en el primer Congreso belga de neurología y psiquiatría; Mouroe, en *New York Medical Journal* (1906); Teitelbaum, en su tesis de Montpellier (1906); Oppenheim, en su obra de enfermedades nerviosas (versión española); Morfan, en el tomo IV del *Tratado de enfermedades de la infancia;* Grancher y Comby; y F. Mermaux, uno de los autores alemanes menos entusiastas de la punción, á la que no puede menos de conceder la curación de muchisimos casos de meningitis, que no tienen hoy otro tratamiento: así lo confiesa en el *Beirtragre zur Klim Chirurgie.*

El estudio de estos trabajos me llenaron de confianza y entusiasmo, y, en efecto, bien pronto, el 16 de Marzo del pasado año, comencé á practicar la punción lumbar en todos los casos de meningitis de diagnóstico positivo, y sin que hasta la fecha haya tenido una sola vez que arrepentirme.

Y lo primero que me sedujo en este para mí entonces novísimo medio de tratamiento, fué lo sencillo de su técnica, lo simplicísimo de su instrumental en relación con los escasos peligros que generalmente se presentan, guardando aquellas reglas de asepsia extremada y prudencia sin límites que exige una intervención que he hecho muchas veces en enfermos cuya dolencia es ya para los profanos de mortal pronóstico, y que podrá curar ó no curar, pero que va seguida positivamente de una mejoría inmediata que alcanza al enfermo, llega á los deudos y rodea al médico de algo que nos es muy preciso para ejercer esta humanitaria, pero tristísima profesión.

Aun rogándoos que me perdonéis si ofendo vuestra ilustración, daré ligeros detalles del modo como yo practico la punción de Luincke.

Instrumental: aguja de Tuffier, de platino iridiado, de 8 á 10 centímetros de longitud por 5 á 10 milímetros de calibre. En casos de extrema urgencia, puede usarse una de las agujas finas del aspirador de Dielafoy ó Potain, y aun la aguja de la jeringa de Roux, como aconseja Ley.

A más de la aguja, se precisan uno ó dos fiadores de plata, colodión, apósito antiséptico y un receptáculo calibrado y esterilizado para recoger mejor el líquido.

Tratándose de niños, siempre les he colocado en la posición aconsejada por Luincke, Widal, Sicard, Chipault, etc., llamada de gatillo de fusil, esto es, en decúbito lateral, fuertemente flexionadas las rodillas sobre el pecho; posición que, como sabéis, evita una descompresión demasiado brusca y agranda los espacios interlaminarios.

En el único caso que he realizado la punción en un adulto, le coloqué en la posición aconsejada por Tuffier; esto es, sentado en el borde de una mesa ó cama, con las piernas colgando, doblado el cuerpo hacia adelante y apoyado los codos sobre las rodillas.

¿Se debe anestesiar? Según Launois y Porot, no. Según Kölliker, sí, y con cloroformo. Brisoud aconseja el cloruro de etilo.

Con ser ésta una cuestión de detalle, no deja de tener interés, porque un movimiento brusco del enfermo puede romper la aguja, y quedar dentro un trozo que sólo daños puede originar. Así es, que, aun haciendo la salvedad de lo muy escasa que suele andar en muchos enfermos la sensibilidad al contacto y dolorosa en esa región, sobre todo en períodos avanzados, yo recurro al éter y luego á la inyección de alipina, y con ella no tuve hasta hoy ningún percance.

Punzo siempre en el punto medio de una línea que une ambas crestas ilíacas, correspondiente al cuarto espacio lumbar, pues la punción lumbosacra debe reservarse, como dice Sahli, para fines diagnósticos, por sedimentarse los elementos morfológicos en la parte inferior del conducto.

Apoyado el índice izquierdo sobre la apófisis espinosa superior que sirve de guía, introduzco la aguja con una ligerísima inclinación hacia adelante y arriba perpendicularmente unos 3 ó 4 centímetros.

También sé que se aconseja punzar un centímetro por fuera de la línea media, junto al borde inferior del índice izquierdo, colocado transversalmente en el espacio interespinoso, á pretexto de que no sean tan grandes las resistencias que ofrezcan aponeurosis y ligamentos; pero como siguiendo este consejo hay luego que dirigir la aguja hacia adelante y adentro, para que penetre por la línea media, yo, desde luego, he entrado por la línea media, en todos los casos que intervine en niños, y aun la única vez que he realizado la punción á un adulto.

Yo sólo he presenciado, con motivo de la punción, incidentes, pero no verdaderos accidentes.

La mejor señal de que se han punzado las meninges, está en el líquido que sale, pues todas las reglas suelen ser inferiores á una mano experta, que si al guiar la aguja tropieza en hueso, la retira hasta llegar de nuevo; que si está la cánula obturada, introduce el fiador, y ante el buen juicio del operador que recoge en un recipiente calibrado, como ya he dicho, el producto de la punción, que no debe exceder de 50 c. c. en cada sesión, y cuyo modo de salir en chorro ó á gotas es, por otra parte, el mejor indicador de la presión cerebro-espinal y, por tanto, de la cantidad que debe recoger. Tal es la opinión de Labbe en su obra *El Citodiagnóstico* (1903), que dice: «Cuando el líquido céfalo-raquídeo está sometido á una gran presión, sale en chorro, y si la presión es débil, fluye gota á gota.»

Otros autores proponen medir esta tensión por el número de gotas que fluyen en un minuto, como propone Roux.

Vilms, por un aparato formado por un tubo de goma, lleno de una solución fenicada al 1 por 100, que une la cánula con un pequeño manómetro de mercurio, de algo más de un milímetro de calibre, y en el que puede leerse la presión á la manera ordinaria, multiplicando por dos la cifra indicada por el manómetro.

Oppenheim, en su *Tratado de enfermedades nerviosas*, cree superfluo el manómetro de mercurio, y le sustituye por un tubo en U.

Körnnig, Stadelmant y otros han ideado otros aparatos que, como dice Marfan, son engorrosos en la práctica, siendo preferibles los datos recogidos por la experiencia, fundados en el principio de Labbe, ya citado.

Nunca tampoco realicé la aspiración que algunos proponen; y respecto á la inyección de lisol y colargol que proponen França, en la *Revue de Médecine*, y Pharon, en la de *Neurologie*, á mí me ha dado tan mal resultado en el único caso que más adelante detallo, que he renunciado á su empleo en los demás.

Los incidentes que menciono antes, se refieren á la falta de práctica en las primeras punciones, algún dolor, calambre, cefalalgía ó vómitos observados en los enfermos, pero que desaparecen á la media hora. La hemorragia por punción de alguna venilla ó que el líquido sea hemorrágico, no la he observado claramente para describirla aquí. Lo que haya ocurrido á los demás creo que debe mencionarse.

Juarros, que es el único autor español que yo sepa ha empleado la punción como recurso terapéutico, no menciona en su trabajo accidente alguno.

De los autores extranjeros, Holm habla de la estadística suya, incluyendo las observaciones publicadas en la *Tesis de Clergier*

(París 1905), de 200 punciones, y sólo dos veces accidentes serios, nunca seguidos de muerte.

Por cierto que en dicha *Tesis* se afirma que las heridas de la cola de caballo que cita Henneberg, y la perforación de venas y arteriolas, son peligros ilusorios.

En la estadística que en la *Gaceta de Hospitales*, de 1908, publican Chauffard y Bedoin, consignan 233 casos de punción, con un solo caso de verdadero accidente y sólo cefalalgia y algún vómito en los restantes.

Pero el dato de más valor en esta materia lo consigna Maystre, en su *Tesis de agregación* (Montpellier, 1903), donde el autor explica por qué los accidentes graves han sido más funestos en Alemania, pues el entusiasmo por el procedimiento hizo que á veces se extrageran grandes cantidades de líquido; y cita á este propósito los casos de muerte súbita publicados por Gumprecht, ocurridos por extraer en enfermos con tumor cerebral más de 60 c. c. en una sola sesión.

Teniendo presente cuanto antecede, he realizado la punción lumbar en 19 ó 20 enfermos; pero como para juzgar de la bondad de un tratamiento lo primero que se precisa es la absoluta seguridad diagnóstica, historiaré solamente once casos.

*Primer caso.*—El 16 de Marzo del pasado año practiqué por primera vez la punción lumbar en un niño de tres años, V. E., del Barrio de Salamanca. Enfermó el 6 de dicho mes con un sarampión normal, sin complicación respiratoria ni de otra especie, exantema corriente, etc., hasta el 14 que estando ya tomando los baños templados de eliminación, que prescribo á todos en la convalecencia, acusó una rapidísima y repentina elevación térmica, 39°,8, acompañada de convulsiones, vómitos, 180 pulsaciones, extreñimiento, signo de Kerning, anuria, grito, etc. El día 15 persistieron los fenómenos á pesar de los calomelanos, las sanguijuelas en las mastoides, los baños, etc., y el 16 practiqué la punción lumbar, extrayendo 30 c. c. de un líquido purulento, remitiendo todos los fenómenos á las dos horas. Seguí el método de las punciones siete veces en días alternos, con los baños calientes los dos primeros días y á 28 ó 30 grados en los sucesivos, y á los veinticinco días pude dar de alta un enfermito que se curó, á mi juicio, de una meningitis supurada.

*Segundo caso.*—C. V., de diez y siete meses: 6 de Abril; calle Mayor; niña que veinte días antes enfermó por catarro intestinal, á consecuencia de anómala lactancia y alimentación prematura. Dieta hídrica al principio, calomelanos, calor al vientre, dieta láctea, con alcalinos después, y próximo á darle de alta el 4 de Abril, vómitos, fiebre alta, convulsiones, pulso frecuente y arrítmico, opistotonos, nistagmus, grito. Se diagnosticó meningitis.

Baños calientes y punción el día 6, que dió salida á muy pequeña cantidad, 15 c. c., de un líquido seroso purulento. Pequeña remisión; nueva punción el día 8, que dió salida á mayor cantidad de líquido, iniciándose franca mejoría, que siguió hasta la curación, con cinco punciones más á los trece días.

*Tercer caso.*—U. M., siete años: 27 de Abril; hija de padre alcohólico, y con todos los estigmas de la miseria fisiológica. Vi esta enfermita en consulta cuando se hallaba en la segunda fase de una meningitis tuberculosa. Estupor muy marcado, que sólo á enérgicos estímulos contesta á las preguntas con monosílabos; pulso lento, arrítmico, respiración de Scheyne Stokes, midriasis y estrabismo paralítico. Después de hacer fatal pronóstico, se hiciere lo que quisiere, realicé la punción, extrayendo 20 c. c. de un líquido purulento ligeramente hemorrágico. Baños calientes, pomada de iodoformo al cuero cabelludo, etc. Remisión de dos días; nueva punción; la tercera sin resultado; muerte al día siguiente, ó sea al quinto de la primera punción.

*Cuarto caso.*—L. U., guardia civil, veintisiete años, procedente de Cartagena, solicitó reconocimiento el día 21 de Mayo, con fenómenos de adinamia acentuada, fiebre de 40 grados, saburra gástrica, vómitos muy acentuados, raquialgia y ligero opistotonos. Aunque la circunstancia de hallarse vacunado me hizo pensar en algo agudo, no hice diagnóstico fijo el primer día, prescribiendo un purgante oleoso, agua de Vichy y dieta láctea, esperando se desarrollase algo más aquel cuadro que, con toda ingenuidad lo confieso, me hizo pensar en muchas cosas menos en la meningitis.

Al siguiente día se aclaró el diagnóstico, con la persistencia de los vómitos y de la fiebre, exageración del opistotonos y la raquialgia, nistagmus con miosis pronunciada, síntoma de Kermig y un herpes facial bastante típico, entre otros síntomas.

A más del tratamiento ordinario, empleé seis veces la punción lumbar, con obtención, las dos primeras veces sobre todo, de gran cantidad de líquido seroso purulento de 35 á 40 c. c. La convalecencia fué muy penosa, y hasta los cuarenta días de la primera punción no pudo marchar á su destino.

*Quinto caso.*—M. R., cuatro años; calle de Menéndez Valdés; 6 de Junio. La niña en cuestión fué vista por mí á primeros de Mayo, en mi consulta particular, para ver si había un medio, según expresión de la madre, de hacerle disminuir el volumen de la cabeza sin pinchársela, medio que le habían propuesto en una consulta. Se trataba de un caso típico de hidrocéfalo crónico, en el que no faltaban ni los antecedentes específicos ,y del tratamiento propuesto, no sólo nada tuve que añadir, sino mucho que aprender, pues se trata-

ba de uno de los verdaderos especialistas en medicina infantil, el que le había marcado médica y quirúrgicamente de un modo admirable. La madre no aceptó ni la punción lumbar, ni mucho menos la de los ventrículos laterales, por la gran fontanela, y se marchó de la consulta más disgustada que convencida de seguir al menos, el tratamiento general.

Pero á las tres semanas de esta escena fuí avisado con toda urgencia para visitar esta niña, en unión del médico que la asistía á consecuencia de una ya á mi juicio incurable agudización meníngea. Aceptada en consulta la punción, la realizamos, extrayendo 30 c. c. de un líquido seroso, yendo la operación seguida de una gran remisión en aquel cuadro verdaderamente alarmante. Instituímos un enérgico plan, en el que entraban los baños calientes, calomelanos, etc., y realizamos siete punciones más. La niña no murió, pero es imposible darla como curada, pues la quedó una hemiplegia que no mejora, continuando aún en tratamiento, en el que figuran en primera línea los mercuriales.

*Sexto caso.*—L. C., de diez y nueve meses; calle de López de Hoyos; 9 de Agosto. El 4 de Agosto vi por vez primera en consulta, con un compañero, este niño, que presentaba el cuadro típico de una meningitis tuberculosa. Propongo en la consulta la punción lumbar, y aceptada por el compañero, no lo es por la familia, alegando que si había de morirse, no se le hiciera sufrir. Acordamos el plan curativo sin la punción, y á los tres días se me solicita de nuevo para realizarla como último recurso. Así lo hice, en plena fase paralítica, pero sin resultado, pues el niño murió al día siguiente.

*Séptimo caso.*—E. M., de dos años y medio; calle de Fuencarral; 16 de Octubre. Meningitis supurada. Enfermito de mi consulta, que se presentó en el mes de Julio con fenómenos de escrofulismo y un flujo otorreico extraordinario en cantidad. Recomendé á la madre que antes de llevar al niño al mar lo viese un otólogo, cosa que, según después he sabido, no hizo, y que, en cambio, estuvo taponando el conducto auditivo con algodones empapados en leche de mujer. El 14 de Octubre se desarrolló el cuadro de una meningitis, 39°,8, convulsiones, opistotonos, grito, signo de Kermig, etc. Realizada la punción lumbar, y extraídos 25 c. c. de un líquido francamente purulento, que me hizo creer se trataba de una meningitis supurada, mejoró el niño. Seguí á los dos días el procedimiento de la punción, y me pareció el caso á propósito para inyectar 10 c. c. de una disolución de lisol al 1 por 100, quedando del resultado tan desgraciadamente impresionado, que no volveré á realizar inyección alguna por esta vía. Es el único caso en que observé cianosis, tendencia al colapso, vómitos, hipotermia, etc. Mejorado de este accidente, conti-

nué las punciones hasta siete veces más en veintisiete días, en que se le dió de alta, pero quedándole una sordera que aún persiste.

*Octavo caso.*—V. A., cinco años; Conde Duque; 11 de Noviembre. Meningitis serosa, á juzgar por el aspecto del líquido céfalo-raquídeo extraído, pues, antes de la punción, presentaba el cuadro de una meningitis purulenta, ya repetido. Lo interesante de este caso está en haber aparecido el cuadro meningítico después de un período febril larguísimo, y en el que se dudó entre fiebre de Malta, paludismo, colibacilosis, haciéndose análisis de sangre. El 5 de Noviembre se desarrolló el cuadro meningítico, ocho punciones, hielo, baños calientes; curación á los veintitrés días de la primera punción.

*Noveno caso.*—I. L., de seis años; Urosas; 2 de Diciembre. Meningitis consecutiva á una escarlatina anómala con fenómenos muy marcados de fiebre hiperpirética: tres punciones en ocho días. En la primera, líquido muy purulento; menos en la segunda, y muy escaso y casi claro en la tercera. Muerte al noveno día, aun habiendo remitido los síntomas meníngeos.

*Décimo caso.*—S. M., seis años; Claudio Coello; 21 de Diciembre. Meningitis turberculosa, habiendo muerto otros dos hermanitos de la misma enfermedad. Aunque sin esperanza, punción lumbar seguida de alguna remisión durante seis horas. Se le reproduce el síndrome meningítico, y muere la niña al sexto día.

*Undécimo caso.*—En el período de convalecencia de una broncopneumonía sarampionosa, se le presentaron síntomas meningíticos á un niño de cinco años, M. V., calle de San Bernardo, el 15 del pasado mes.

Aceptada la punción, se realizó el día 17 con éxito feliz, siguiendo con este medio y los baños calientes hasta el 29 de Enero, que después de cuatro punciones más pudo considerarse salvado el niño de la meningitis, pero quedando en un estado de postración que era continua.

En en este caso empleé, antes de la meningitis, y por dos veces, inyección por vía hipodérmica de 10 c. c. de suero antidiftérico, que en concepto de suero aléxico, uso cada día, con mayor entusiasmo, en terapéutica infantil.

En resumen: se me han salvado y muerto enfermos con meningitis serosa y purulenta, y ningún resultado he obtenido en la meningitis tuberculosa. Generalmente, en aquellas formas predominan los éxitos, mientras que en la última ha sido constante el fracaso.

C. Juarros presenta una estadística más numerosa, pero con parecidas conclusiones. Entre la bibliografía extranjera, Essex-Winter, Jemma, Netter, Agostan, Grasset, consignan casos de curación obtenidos por este medio; y Trey, Ord, Vaterhousse, y sobre todo Rie-

terias, alterándolas, sensibilizándolas, impresionándolas de un modo especial, sin cuya previa condición no pueden ser atacadas por los fagocitos, llamando á éstas sustancias opsoninas.

En este proceso de defensa orgánica entran á la vez en acción humores y células, armonizándose de esta suerte la teoría química de Buchner con la celular ó fagocitaria de Metchnikoff.

De modo que los sueros opsónicos se diferencian de los bacteriolísicos en que su función de destruir los microbios no es una acción meramente química, realizable *in vitro,* sino que necesitan para llenar su fin la ayuda de ciertas células vivas, ó sea la cooperación de los fagocitos.

Pues bien: el tipo de sueros opsónicos lo constituyen precisamente los que yo propongo utilizar en el tratamiento de las meningitis no tuberculosas, ó sea el antimeningocócico, antineumocócico, antistreptocócico y antistafilocócico.

En la meningitis tuberculosa, la sueroterapia puede hacer bien poca cosa. Localizada la infección, siguiendo la base del cerebro cisura da Silvio, vaina linfática de la pía madre, arteria silviana, con trombosis arteriales, que producen focos de reblandecimiento cerebral, sobre todo en las comisuras y paredes de los ventrículos, con tubérculos en la coroides, medula, etc., casi siempre en los órganos torácicos y abdominales.

Por otra parte, la estructura especial del bacilo de Koch, singularmente por la cubierta grasa que le envuelve; las defensas que crea en la lucha por producir esas sustancias apenas conocidas, llamadas antifaginas, que aisla este microbio de las defensas orgánicas contra toda infección, y por añadidura, el carácter localicista de éste, hace por ahora muy difícil aplicar á esta forma, como á las demás de la infección tuberculosa, las reglas generales de curación del gran grupo de enfermedades micróbicas.

Hay, por tanto, á mi modo de ver, suficientes razones para dedeterminar una nueva orientación en el tratamiento de las meningitis agudas, basado en llenar dos indicaciones racionalísimas, derivadas de la patogenia de estas dolencias.

1.ª Evitar la compresión de los centros nerviosos por la punción lumbar, metódica, científica y oportunamente realizada.

2.ª Contrarrestar los efectos de una infección ya producida por el mismo medio que la naturaleza emplea para curar espontáneamente estas infecciones; esto es, inyectando por vía sanguinea los anticuerpos (bacteriolisinas ú opsoninas) neutralizantes del microbio productor.

Respecto á la punción lumbar, poco he de añadir á lo ya expuesto.

Digo metódica, porque debemos armonizar la extracción de líquido con la fuerza con que salga, la tensión vascular y el estado general, no pasando en ninguna sesión de 60 c. c.

Digo científica, porque si es verdad que es una operación inofensiva, es, á trueque de una asepsia extrema y un método anatómico, que ni en ésta ni en ninguna intervención quirúrgica debe olvidarse; y

Digo oportunamente realizada, porque debemos intervenir, no en el período final, sino apenas tenemos seguridad que se trata de una meningitis.

Para resolver el segundo problema, ó sea la inyección de suero, debemos revistar tres cuestiones:

*a)* Qué suero debemos inyectar.

*b)* Vía de introducción; y

*c)* Dosis en cada caso.

Para saber el suero inyectable, preciso es conocer con toda certeza el agente productor; y aquí hay que consignar una dificultad: y es que rara vez se encontrará uno solo, pues hasta en la meningitis tuberculosa suelen asociarse al bacilo específico streptococos ó stafilococos.

Mas para este determinismo hay un método novísimo de análisis, debido á Conradi, que aclara estas dudas, y con el cual se precisa, de un modo bastante aproximado, el microorganismo predominante.

Consiste este método en centrifugar el producto obtenido por la punción primera; colocar la parte líquida en dos ó tres tubos distintos, en cada uno de los cuales se hacen siembras de la parte sedimentada, y cuyos tubos se llevan después á la estufa para que las colonias se desarrollen en idénticas condiciones de temperatura y medio. Este método permite al microbio de que se trata desarrollarse en idéntico medio al que lo hizo dentro del sér vivo. Por este medio, la inoculación de animales, los métodos de coloración y el examen microscópico se averigua, antes de las veinticuatro horas, el microbio por lo menos predominante.

La elección del suero inyectable es ya de alguna facilidad; y no digo de facilidad completa, porque tratándose de sueros anticócicos hay que resolver siempre el problema de las poliralencias; aunque siguiendo este método, se obtiene el dato primordial para resolver el caso en cuestión.

Desde luego descarto todas esas dificultades de que solamente en las grandes poblaciones podrá hacerse uso de estos sueros, porque en todos estos asuntos de índole científica lo primordial es resolver lo fundamental; que lo secundario se resuelve en seguida.

Los sueros antimeningocócico, antineumocócico, antistreptocócico y antistafilocócico, serán los que principalmente habrá que manejar; y todos ellos, afortunadamente, se preparan ya hoy, no sólo en Madrid, sino en varias capitales de España.

¿Qué vía utilizaremos? En una de las últimas sesiones celebradas el pasado mes por la Sociedad Belga de Neurología, se propuso inyectar en la meningitis meningocócica suero antimeningocócico por vía intrarraquídea, después de la punción.

Mas esto es otra cosa distinta á mi proposición, que, aunque modesta, como su procedencia, quiero hacer constar aquí.

Ya, más atrás, indico que França y Pharon propusieron inyectar disoluciones de lisol y colargol inmediatamente después de la punción, y que el único caso en que seguí el consejo obtuve resultados contraproducentes; pero aunque así no hubiese sido, yo no aconsejaría utilizar esta vía: 1.°, porque es ya disminuir los efectos ventajosos que la punción proporciona; disminuir la presión; 2.°, porque el torrente sanguíneo es vía más directa para contrarrestar los efectos de las toxopreteínas allí donde están produciendo la enfermedad, ó sea en la sangre misma. Además, toda la exudación serosa que la inflamación produce ó toda la purulencia que ha de quedar después de la punción, no puede ser destruída por los antisépticos ni por los sueros, que en pequeña cantidad pudieran hacerse llegar por vía intramedular; en tanto que toda esa serosidad y toda esa purulencia puede ir saliendo en punciones sucesivas, y la acción neutralizadora de las bacteriolisinas ú opsoninas evitará seguramente que se produzcan nuevamente si la enfermedad se cura.

La dosis variará en cada caso particular, según la edad, titulación del suero y otros detalles que no pueden fijarse de antemano.

En la meningitis tuberculosa puede usarse el suero fisiológico en concepto de llevar á la sangre alexinas, que, en unión de los propios elementos de defensa, cooperen, ya que no solucionen de un modo total, la curación por este procedimiento. El día que tantas inteligencias reunidas como hoy trabajan en pro de poder destruir ese blok de antifaginas que rodean el bacilo de Koch, haciendo inútil las defensas orgánicas, hayan encontrado soluciones prácticas, la meningitis tuberculosa tendrá el mismo tratamiento que proponemos para las demás formas.

Todo lo expuesto no excluye, por ser fundamental, los medios á mi juicio accesorios de tratamiento, como la utilización de los baños calientes sobre todo, el hielo á la cabeza, la apropiada dieta y los calomelanos, quizá como el único fármaco.

Hasta la fecha yo sólo utilicé la punción y el baño caliente como grandes recursos; pero fiel á lo expuesto, he emprendido una serie

de trabajos, de los que daré pronto cuenta, que constituyen el indispensable complemento, y que son:

1.° Punción.

2.° Análisis cito y bacteriológico del producto obtenido.

3.° Inyección del suero correspondiente; y

4.° Punción y suero, combinados con elementos complementarios: baño, hielo, etc.

De lo pronto y bien que se combinen estos elementos, dependerá que el práctico logre resultados que hasta hoy nadie ha obtenido en el tratamiento de la meningitis.

---

# DOBLE EYACULACIÓN EN LA MUERTE POR SUSPENSIÓN

## MECANISMO DE PRODUCCIÓN

POR EL DR. ANGELO DE DOMINICIS

(Del Instituto Médico-legal de la Real Universidad de Pavia.)

TRADUCCIÓN ESPAÑOLA POR A. LECHA-MARZO

*(Del Laboratorio de Medicina legal de la Facultad de Valladolid)*

Recientemente he publicado dos casos de ahorcamiento, en los que fué posible demostrar la eyaculación por medio de la reacción Barberio, practicada con manchas y con el contenido uretral (1), en acuerdo con ideas anteriormente expuestas (2).

He creído que se podría precisar, por vía experimental, otras particularidades de interés teórico y práctico, especialmente por lo que se refiere al momento en que se efectúa la eyaculación y al mecanismo de su producción. Con tales intentos he realizado una serie de experimentos con perros adultos — que doy hoy á conocer á los lectores de la REVISTA IBERO-AMERICANA DE CIENCIAS MÉDICAS,— proponiéndome, antes de todo, demostrar en vía genérica el hecho de la eyaculación.

Lo que constituye la prueba de la emisión de la secreción prostática en el hombre, el resultado positivo de la reacción de Barberio, tampoco suele faltar generalmente en el perro, como lo ha demostrado Lecha-Marzo (3). Puedo confirmar perfectamente las importantes observaciones de Lecha-Marzo, el cual obtuvo con el esperma de perro, tratado con la solución acuosa saturada de ácido pícrico,

---

(1) *Giornale Internazionale delle Scienze Mediche*, 1908; *Società de Medicina legale*, 1908.

(2) *Giornale Internazionale delle Scienze Mediche*, 1907; *Clínica y Laboratorio*, 1907

(3) *Gaceta Médica del Sur de España*, 1908.

reacciones francamente positivas, si bien menos intensas y extendidas que con el esperma humano, lo que armoniza con la existencia de menor cantidad de espermina en el esperma de perro, como admití ya en otra ocasión (1).

Aun sirviéndose del reactivo al yoduro de cadmio, de Bokarius (2), con el esperma de perro se puede observar, después de algún tiempo de terminada la preparación, en algún punto, especialmente en los márgenes, formas grandes, que pueden considerarse como imperfectas y groseras, debido á la espermina. De todos modos, como muchas veces la reacción es rudimentaria, también, como hice constar otra vez (3), en estas condiciones debe preferirse la solución acuosa saturada de ácido pícrico, á la cual me refiero particularmente en los experimentos.

*Perro de 7 kilgs.* — Suspensión completa. Al fin del período convulsivo sobreviene la eyaculación, lanzada á distancia, de líquido claro de aspecto espermático. El examen microscópico es negativo respecto á la presencia de zoospermos. Reacción de Barberio positiva. No hay duda de que en este experimento ha habido eyaculación de la secreción prostática. Examinando, después de muerto, el contenido uretral, no se encuentran zoospermos.

*Perro de 20 kilgs.*— Suspensión completa. Al final del período convulsivo parece haber eyaculación de líquido de aspecto espermático, seguida de pronto de violenta emisión de orina y heces. Este experimento prueba que, para la demostración de la eyaculación, es necesario vaciar la vejiga antes del colgamiento.

*Perro de 6 kilgs.*—Suspensión completa, ausencia de eyaculación.

*Perro de 5 kilgs.* — Suspensión completa. Al final del período convulsivo, eyaculación; son lanzadas á distancia varias gotas. Reacción de Barberio positiva. En esta secreción eyaculada se encontraron sólo algunos zoospermos. En los testículos (á la sección), numerosísimos.

Ya de estos experimentos resulta que realmente se puede observar la eyaculación en el colgamiento.

Pero he aquí otros experimentos más detallados, que ponen de manifiesto algunas otras particularidades:

*Perro de 8 kilgs.* — Suspensión completa. Hora, 9,49. La eyaculación sobrevino un poco antes del final del período convulsivo; hora, 9,51. En el esperma eyaculado, numerosos zoospermos dotados de movimientos; reacción de Barberio positiva.

A las 9,57 se observan los movimientos respiratorios terminales, y durante éstos, las contracciones de los músculos del bajo vientre; nueva eya-

(1) *Giornale Internazionale delle Scienze Mediche*, 1906.
(2) *Vierteljahrss. f. ger. Med.*, 1907.
(3) *Archivio di Psichiatría*, etc., 1908.

culación de un par de gotas de esperma. Este último esperma contiene zoospermos dotados de movimiento, en gran número, más numerosos que en la primera eyaculación.

Después de haber observado esto, exprimimos y secamos el miembro para ver si pudiera darse aún otra emisión de esperma *post-morten*. A las 10,40 salía por el meato uretral una gruesa gota de esperma.

*Perro de 10 kilgs.* — Suspensión completa. Hora, 11,15. A las 11,17, antes de terminar el período convulsivo, eyaculación de esperma, seguida de pérdida de heces. En el líquido eyaculado, presencia de numerosos zoospermos. A las 11,22 se observan los movimientos respiratorios terminales con evidentes contracciones musculares en el bajo vientre; nueva eyaculación de poco esperma (zoospermos numerosísimos). Secado y exprimido el pene, á las 11,42 se ven en el meato uretral indicios de esperma.

Resulta de estos experimentos que en el ahorcamiento, no sólo puede haber eyaculación de esperma, sino que puede también observarse una doble eyaculación; la primera coincide casi exactamente con el fin del período convulsivo; la segunda, con los movimientos respiratorios terminales.

Además, puede haber en seguida, por hecho post-mortal, una leve emisión de esperma.

Estas observaciones y otras precedentes, referentes á la emisión *post-mortem* de esperma, me permiten algunas observaciones respecto á la génesis del hecho. Este se se ha explicado por relajación del tono de las vesículas seminales (Hofmann, Perrando) ó por su precoz rigidez (Brouardel). Desde el momento en que se observan también en el perro, en el cual no existen las vesículas seminales, esto quiere decir que pueden, por lo menos, concurrir en el hombre otros factores. Y este nuevo concurso puede encontrarse verosímilmente en los hechos de vida póstuma inherente á la movilidad de las pestañas epiteliales y de los filamentos espermáticos.

Naturalmente que el mecanismo de producción de la eyaculación en el colgamiento debe considerarse como una cuestión escabrosa, si se tiene en cuenta que, además de la ausencia de datos fisiológicos para explicarla, por la generalidad, era negada hasta su probabilidad.

De todos modos, he realizado experimentos sobre este particular. Me ha parecido que, antes de todo, se debía excluir una acción sobre el sistema nervioso central, debida al factor mecánico de la suspensión. (Budge y Eckhard han obtenido erección excitando la medula cervical.)

*Perro de 13 kilogs.*—Con una aguja larga, hilvanada con un bramante resistente, se atraviesa el cuello, dejando adelante vías respiratorias, vasos y nervios. El animal, después de esto, es suspendido, y nada presenta respecto á la eyaculación.

Se le desciende pasados diez minutos; se anuda el lazo sólo por delante, es decir, se comprimen por suspensión vías aéreas, vasos y nervios del cuello. Se observa todavía, como en los experimentos precedentes, eyaculación con el fin del período convulsivo, y después aún se repite una nueva eyaculación, más escasa, con las respiraciones terminales. En el esperma, numerosos zoospermos dotados de movimientos. Exprimido y secado el miembro, después de veinte minutos de la segunda eyaculación, se obtienen en el meato uretral indicios de esperma.

Excluída, por lo tanto, toda acción mecánica especial sobre el sistema nervioso central, se pueden todavía obtener eyaculaciones.

*Perro de 9 kilgs.*—Fijado sobre el aparato de contención, previo descubrimiento, oclusión de la tráquea asociada á las de las carótidas. Nada respecto á la eyaculación.

*Perro de 4,500 kilgs.*—Fijado sobre el aparato de contención, después de haberla descubierto, se procedió á la oclusión de la tráquea. Después de dos minutos, aparece fuera de la uretra líquido espermático. Ausencia de zoospermos, reacción de Barberio positiva.

El animal fué libertado. Después de algunas horas, completamente repuesto, se le suspende. No se obtiene la eyaculación, pero á la presión de la uretra, se obtiene esperma con zoospermos, y que suministra reacción de Barberio positiva.

Estos experimentos y otros semejantes no me hubieran guiado útilmente sin el siguiente:

*Perro de 19 kilgs.*—Fijado en el aparato de contención, se descubrió la tráquea; en las maniobras para aislarla, á fin de pasar por debajo la pinza para después ocluirla, antes de hacer esto se observó emisión de líquido espermático. Este líquido no contiene zoospermos; pero la reacción Barberio es positiva, y demuestra que se trata de secreción prostática. Dejado el animal media hora en reposo, después de haber exprimido y secado cuidadosamente el miembro, se ocluye la tráquea durante 2′ 45″. Nada respecto á emisión líquida por la uretra. Después de media hora, se le suspende. No se observa eyaculación. Después de la muerte, con leve presión en el prepucio, se observa la emisión de un par de gotas de esperma, zoospermos numerosos, reacción Barberio positiva.

Este experimento me hizo sospechar que una parte interesante del fenómeno en estudio, la secreción prostática, estuviese en relación con la estimulación mecánica de la tráquea.

*Perro de 7,50 kilgs.*—Fijado sobre el aparato de contención, se descubrió la tráquea, se pasó por debajo una sonda y se la estimuló mecánicamente desde la laringe hacia abajo. Con leve presión de la uretra, salió un líquido claro, que suministró reacción de Barberio positiva (secreción prostática). Después de media hora, se estimuló mecánicamente el vago (con el dedo y en el cuello), después de haber exprimido y secado el miem-

bro. Aunque con esta maniobra el animal se contraía mucho más que antes, nada se observó en lo referente á la secreción por la uretra.

Después de media hora, se repitió de nuevo la estimulación de las paredes posteriores de la tráquea. Se obtuvo aún escasa secreción prostática, que, aumentada con la presión, suministró la reacción Barberio.

*Perro de 8,500 kilgs.*—Fijado sobre el aparato de contención, se puso al descubierto la tráquea. Estimulando con los dedos los músculos y la tráquea en su parte anterior, nada se observa. Se pasan por debajo los dedos repetidamente, y poco después, exprimiendo la uretra, se obtiene un líquido claro. Como siempre, contiene numerosos leucocitos y escasas células epiteliales, sólo algunos zoospermos. Con este líquido la reacción de Barberio es muy rudimentaria, y después de algún tiempo. Dejando reposar al animal durante media hora, se le estimuló la tráquea por su parte posterior con la corriente más intensa de un carrete ordinario de Du-Bois Reymond. Después de algunos minutos, se obtiene, exprimiendo la uretra, líquido semejante al precedente, que contiene algunos zoospermos, y suministra la reacción de Barberio de un modo rudimentario.

*Perros de 8 y 13 kilgs.*—Se repite el mismo experimento, con resultados análogos.

Resulta de estos experimentos, que en el perro se puede demostrar con certeza una verdadera eyaculación.

Y hasta en algunos casos se pueden revelar con seguridad dos: una durante el período convulsivo ó en sus últimas fases; otra, por el contrario, con los movimientos respiratorios terminales.

El líquido eyaculado puede estar constituído únicamente por secreción prostática; puede contener escasos zoospermos ó numerosos. Cuando hay doble eyaculación, únicamente de secreción prostática, se obtiene la reacción de Barberio relativamente más evidente.

Puede también observarse, por hecho post-mortal, otra emisión de esperma, que debe explicarse principalmente por los movimientos epiteliales persistentes ó por la progresión, por la movilidad de los zoospermos.

La eyaculación puede faltar; la demostración puede ser imposible por la emisión de orina. En algunos casos puede recogerse en la uretra esperma, conteniendo espermina reconocible con la reacción de Barberio; aunque no haya sido eyaculado, tiene de éste la característica química (reacción de la espermina).

Por lo que se refiere al valor que debe concedérsele á la reacción de Barberio en estas cuestiones, es ciertamente deseable que no se olvide su estudio en el hombre, cuyo esperma contiene espermina en cantidad mucho mayor.

El mecanismo de la eyaculación en el colgamiento se puede, basados en nuestros reconocimientos, por lo menos explicar, en parte. Hasta ahora, nosotros no hemos obtenido verdadera eyaculación des-

componiendo el mecanismo del especial género de muerte; pero hemos obtenido en determinadas condiciones un hecho presente en la eyaculación: la secreción prostática por estimulación mecánica de la tráquea en sus paredes posteriores. Ahora bien; aun cuando el lazo, aun en el perro, no cae directamente sobre la tráquea, también verosímilmente ésta sufre estimulación mecánica indirecta. Las paredes posteriores de la tráquea son ricas en ganglios linfáticos.

Por consiguiente, la emisión de la secreción prostática se podrá explicar por la acción ejercida sobre el simpático, á distancia y precisamente sobre las paredes posteriores de la tráquea. Por otra parte, relaciones de este género son bien conocidas empíricamente, y tienen notable importancia en fisiología y patología. Y también desde estos puntos de vista interesan nuestros reconocimientos. La variabilidad misma del fenómeno es más especial á los hechos debidos al simpático, y así también la lentitud de excitación. Por lo cual, sin pretender haber explicado completamente el mecanismo de la eyaculación en el colgamiento, por ahora presentamos como contribución el hecho de la estimulación mecánica de las paredes posteriores de la tráquea y secreción prostática, interesante desde el punto de vista médico-legal y fisiológico.

---

## ¿PUEDEN TRANSMITIRSE Á LOS HIJOS LAS IMPRESIONES Y SUGESTIONES MATERNAS Ó PATERNAS?

Por el Dr. D. Antonio Gota
De Zaragoza.

(CONCLUSIÓN)

### III

Decía el insigne Bouchut, que «en el estado actual de la ciencia se ignoraba totalmente la causa del desarrollo de los *nævi* ó *manchas de nacimiento*»; sin embargo, recapacitando lo que en sí pueda ser dicha *marca,* parécenos responder su especial fenomenología—dados los anteriores ejemplos y más de mil que desconocemos—á esa influencia mágica ó ignota de la psiquis de la madre sobre el organismo fetal. Fenomenología que no la constituyen un conjunto de hechos aislados, sino una serie de casos especiales, en los que el influjo sugestivo es el agente que parece que determina la referida *marca* por un idéntico mecanismo al de la estigmatización espontánea en el *éxtasis*, en el sonambulismo ó durante el sueño histéricos en sujetos especiales, y al tener lugar ciertos hechos singulares de índole no bien conocida hoy.

En el uno y en los otros casos, la expresión experimentada por la persona debe ser la que determine el efecto que se produce. La madre, en una especial zona ó región del cuerpo del feto, crea, por así decirlo, una *señal,* una particular *marca*, un *estigma*, dependientes siempre de la mayor ó menor intensidad sugestiva. El pavor, la cólera, el dolor moral, el miedo súbito y otras causas de naturaleza psíquica, provocan, por un mecanismo idéntico al de los *estigmas,* las referidas *manchas.*

Veamos algunos hechos que demuestran esta particular opinión.

Van-Swieten observó que á una señora, á quien asistía en sus partos, le corría un día una oruga por el cuello, que el sabio le quitó oportunamente. Fué tanto lo que ésta se impresionó, hallándose embarazada, que parió un hijo, el cual presentaba un *noevi materni* en idéntica región á la de la madre en que se había posado el insecto. *Noevi materni*, de forma igual que la de la oruga (1). Este interesante suceso no debe ser otra cosa, si nos fijamos bien, que una potente autosugestión de la misma madre, que da lugar á la *imagen orgánica*, exacta, completa, del objeto real, sobre el organismo del feto, en vez de ser en su propio organismo, como acontece en una potente *sugestión endógena* ó autosugestión, ó en el mecanismo de producción del *estigma* (2).

La relación de la mancha de nacimiento con la causa de la emoción materna, parece ser tanto mayor, cuanto que esta impresión es más intensa. Lo que ponen en evidencia los siguientes ejemplos:

Conoció el eminente neuropatólogo M. Liebault, á una niña cuya piel estaba invadida por completo de un conjunto de pequeñas manchas de color marrón, peludas y parecidas, por su aspecto y tamaño, á las de un felino. Habíase la madre impresionado vivamente ante la vista de un leopardo, recién huído de la jaula de una casa de fieras, estando embarazada dicha señora de la referida niña.

Otro caso:

El comerciante Ernest Mayer y su cocinera fueron robados y asesinados en Brieg (Sajonia), el año 1889. La mayor parte del dinero se encontró en casa de la querida del asesino—el jornalero Siemer,—que se la hizo presa por encubridora. Una vez encarcelada, le colocaron unas esposas sujetas á las muñecas. Dió á luz en la cárcel á una niña que llevaba dos *marcas,* bien distintas, de centímetro y medio de anchura en ambas muñecas, de la misma magnitud que las esposas que en la prisión había llevado la procesada (3).

---

(1) *Commentaire sur Boherave.* III, 406. Van-Swieten.
(2) *Medicina y Cirugía prácticas.* 28 de Diciembre de 1908, pág. 449.
(3) Magikon. IV. 282. Kerner. Berlin, 1899.

Otro más:

Operó Brandis á uno de los hijos de Mme. Beard, por labio leporino. Una señora amiga de ésta ayudó en la operación al citado profesor, hallándose en cinta, y fué tanto lo que se impresionó, que parió una niña á término con una marca en el labio superior, semejante á la lesión operada por Brandis en el hijo de Mme. Beard (1).

Recordemos, con respecto al tema que nos ocupa, las recientes observaciones experimentales, llevadas á cabo por los profesores Jendrassik y Kraft-Ebing, en una hipnotizada en Hirtel, villa de Moravia (2). La sujeto, en virtud de la autosugestión, es decir, de su imaginación, y supeditada por completo á la voluntad de esos investigadores, determinó en su propio cuerpo durante la hipnosis, y en cuatro distintas ocasiones, *manchas* precisas ó *estigmas* en zonas diferentes. *Marcas* que obedecían al carácter inteligente de la causa moral que las producía.

Venimos también en conocimiento de los ya citados extáticos, que en no bien determinadas circunstancias de su vida especial, inconscientemente producen las más diversas *manchas equimóticas* en su propio organismo. Efectos especializados de la emoción, de una ó varias autosugestiones involuntarias, que nos hacen pensar en un mecanismo idéntico al de las *marcas* que mentamos.

## IV

La mayoría inmensa de los médicos se opone á la creencia en la acción de las impresiones que experimenta la madre sobre el cuerpo del feto, toda vez que no existe conexión nerviosa alguna entre ambos organismos. La placenta, como sabemos, no tiene otro objeto que poner en relación el sistema vascular de una y otro, porque este órgano carece de nervios.

Por poco que reflexionemos, llegaremos á convencernos de que todo tejido, todo órgano, todo miembro, toda parte viva de nuestro cuerpo capaz de desempeñar un dinamismo, cómo todo acto animal orgánico cualquiera, debe tener su representación *genuina* en el sistema nervioso central, del mismo modo que todo cuanto un gramófono repite tiene su representación material en la parte impresionable de un fonógrafo.

Todo acto ligeramente esbozado en el centro cerebral correspondiente, con motivo del recuerdo más nimio y más ó menos remoto

(1) *Ueber psychische Heimittel and Magnetysmus*, pág. 54. Brandis, 1892.
(2) A. Gota: *Estudio del inconsciente* (*La Clínica Moderna*, 286, párrafo 4.°, 1902).

que tan sólo existe en estado potencial, debe tener su equivalente en la *célula generatriz*, célula que, un día y otro día, según las condiciones en que vive y evoluciona, puede desenvolver en un determinado momento su *contenido virtual.*

En varios de los casos acabados de citar, realmente creemos que llevan en sí ciertas personas su merecido. Un hábito ya constituído tiene su equivalente fisiológico en el cerebro; hábito que puede fijársenos por el sueño, por la hipnosis, por el sonambulismo natural, por la narcolepsia y aun por la simple autosugestión. En el estado sómnico, ó bajo el influjo sugestivo, el poder de nuestra voluntad, según han comprobado una porción de observadores, está debilitado ó en suspenso; de aquí que la impresionabilidad del sujeto se exagere. En momentos tales, no es extraño que una causa de naturaleza emotiva baste para producir ciertos hechos trascendentes. Es que en algunos individuos favorece la *sugestibilidad* la acción inconsciente de la psiquis sobre los órganos; mecanismo que será para nosotros ignorado por mucho tiempo. Es muy propicio este estado de *sugestibilidad* para todo influjo mental, y se crea en tal caso en el sujeto una ideación intensiva mediante el fenómeno psicológico de la *cerebración automática;* ideación súbita que llena toda su vida psíquica, singular monoideísmo que se impone en la mujer en cinta, especialmente en la de filiación neuropática. Sugestión objetiva que á sí misma se imprime, y se perpetúa en el organismo fetal.

Ese íntimo enlace, esa conexión entre los dos organismos fetal y materno, esa patente solidaridad entre uno y otro, sería para una porción de observadores imparciales y experimentados, debida á la acción del fluido vital ó neúrico—actividad ódica ó sustancia fluídica para algunos—que, sirviendo de vehículo á las potencialidades psíquica y sensible de la madre, favorecería el *empuje creatriz orgánico,* y daría lugar á los maravillosos fenómenos reseñados. Cuando la sugestión determinara en el sujeto dormido un conjunto de hechos muy dignos de tener en cuenta, dicho fluido vital sería el medio de transmisión entre la psiquis y el organismo de la persona hipnótica en quien se experimenta; como en el sonámbulo espontáneo el de la producción de *flictenas* sugeridas ó autosugeridas, *llagas, isquemia local, congestiones parciales, fenómenos criptoides,* etc.; y en la transmisión mental el *vector,* el transmisor del pensamiento.

La relación fluídica entre madre é hijo tendría lugar, tanto en la vida física como en la psíquica, revelada por esa íntima simpatía de entrambos.

La sangre conferiría — al decir de una porción de observadores distinguidos — una fuerte porción de *fluido vital,* la suficiente para la producción de la mayoría de los fenómenos singulares que estu-

diamos. El cambio de sangre entre los dos organismos establecería, mediante la placenta, esa perfecta comunicación fluídico-vital.

Cazenave se muestra muy circunspecto respecto de todos estos efectos de madre á hijo, y no propone ninguna solución. «Ignórase—dice—enteramente cuál pueda ser la causa inmediata de las manchas de nacimiento, y aun concediendo cierta influencia á las afecciones morales de la madre—según las vulgares creencias,—influencia que debe ser nula en el mayor número de casos, pero que no puede rechazarse *á priori,* al menos en ciertas circunstancias; siempre quedaría por conocer cuál es su modo de formación. Se ha creído ver que los *noevi* eran más frecuentes en los niños cuyas madres se hallaban sujetas á inflamaciones de la piel. Esta observación, si fuere rigurosamente exacta—lo cual no está demostrado,—sería una simple experiencia que no arrojaría luz alguna sobre la etiología de esas alteraciones cutáneas.»

## V

La creencia en las *manchas de nacimiento,* en la influencia de la imaginación de la madre sobre el feto, es universal. Data dicha creencia de los más remotos tiempos de la historia. La ciencia oficial no cree por ahora que muchas *marcas* — no todas, — y aun ciertos *noevis,* sean debidos á impresiones maternas ó á la autosugestión de la madre; pero día llegará en que los estudios experimentales, hoy poco generalizados, del *moderno psiquismo*, le hagan ver la verdad.

Sin embargo, no es ya muy exiguo el número de distinguidos profesores que, después de haber comprobado *de visu* ciertos fenómenos hipnóticos sorprendentes, consideran posibles las supradichas *marcas de nacimiento* en virtud de ese influjo imaginativo materno.

El gran Plinio (*De Animalis.* I. V), Galeno *(De Theriaca),* y San Agustín *(De Civitate Dei,* XVIII. V.) creían en ese mágico poder de la madre sobre el hijo.

Avicena *(De mulier imaginationis)* sostenía opinión idéntica.

Paracelso suponía dotada á la mujer en cinta, en determinadas condiciones, de una potencia psíquica muy activa, tanto que, según él, le era factible transformar de muchas maneras el fruto de sus entrañas *(Paracelsus.* I. 552).

El uso experimental del *fenómeno telegónico* lo encontramos en la Biblia en la antigua historia de Jacob, que hacía aparear á sus carneros con ovejas especiales, al objeto de que nacieran señalados sus corderos, y poder venderlos mejor (I. Génesis. 27, 30 y 43. IV).

Plotinio nos habla en sus obras de los *antojos* de las mujeres en cinta (Plotinius. I. 504).

Galbius, en los comienzos del año 1000, y Renard, al final del pasado siglo, admitian que ciertas deformidades y algunas *marcadas señales* del recién nacido dependían á menudo de ciertos trastornos psíquicos de la madre.

Erasme Darwin sostenía lo mismo.

Digby, Bartolino, Pietro di Castro, Frenins, Van Helmont, el insigne Montaigne en sus obras, Beaudis, el notable neurólogo sueco Wetterstrand, el famoso biólogo danés Arthus, Difloth, Llody-Tuckey, Garole, etc., hacen depender muchas *marcas de nacimiento* de fuertes impresiones de la mujer embarazada.

Siempre ha existido más ó menos la creencia de que las impresiones de los padres, y en particular de la madre, podrían transmitirse á los hijos.

Rechazar por sistema algunos hechos ó fenómenos psico orgánicos aquí reseñados, por la exclusiva razón de no hallarse éstos por ahora conformes con las opiniones corrientes, es afirmar temerariamente que todas las cosas y todas las leyes en la naturaleza nos son conocidas, y nada hay más erróneo. Al hombre de ciencia, y en particular al médico ó al biólogo, les queda mucho por saber.

Los médicos, generalmente, nos mostramos incrédulos en este punto. A este objeto, el *Berliner Klinik,* de Septiembre de 1904, exponía en un extenso artículo la oposición por nuestra parte á creer en ese influjo de la imaginación materna en el organismo fetal (1). Ya decía el celebrado profesor Huffeland, en su tiempo, que si llegaba á comprobarse — como se ha demostrado ahora — el singular fenómeno de la transmisión mental de uno á otro sujeto, la influencia de las facultades psíquicas de la mujer en cinta sobre el feto llegaría al fin á admitirse.

Los hechos parecen harto numerosos y bien probados, para que el científico desapasionado pueda poner en duda la existencia de los *antojos.* No hallamos inconveniente en manifestar todo lo que frecuentemente agrega la exageración de falso y absurdo en el asunto que nos ocupa; pero ¡cuántos niños vemos que llevan sobre su cuerpo ciertas figuras, especiales formas coloreadas, que compara el vulgo ó asemeja á algunas frutas, como otras *señales* ó *manchas* limitadas en una ó más zonas! Unas veces, es la huella esbozada, borrosa, incompleta, para aquél, de un insecto que se posó sobre una determinada región del organismo de una mujer en cinta; otras, es una invencible aversión hacia los mismos objetos que repugnaron á la madre estando gestada; otras, es un vicio, un gesto, una mueca de ésta, un *tic;* á veces, existen hijos que conservan toda

(1) Heinreich Nadel.

ó parte de su vida una *placa dérmica esclerosa, llagas* ó *úlceras,* sin haber sufrido la madre ningún proceso discrásico ó de naturaleza infecciosa; en una palabra, diversas *huellas* ó *marcas* cuando ha sido impresionada vivamente aquélla por el aspecto repugnante de un animal muerto ó vivo; todo lo cual nos demuestra que los *antojos* tienen muy positivos orígenes, y que no deben ser debidos á causas arbitrarias ó caprichosas. Por consiguiente, estamos obligados á admitir como verdadera una cosa que en sí es por ahora incomprensible; un *dón* ignorado en infinidad de mujeres en cinta, en las que, excitadas por una momentánea emoción, puede su facultad imaginativa operar en el hijo dentro del útero.

Se ha probado que una mano fría aplicada sobre el vientre de la mujer en cinta; la instantánea proyección de una intensa luz sobre su rostro, ó un inesperado ruido, han determinado violentas sacudidas fetales. Muchos defectos físicos y psíquicos, atribuídos á la herencia, son el resultado, muchas veces, de ciertas impresiones derivadas de cuanto rodea á la madre durante su embarazo.

La ciencia médica del siglo XX no podría en manera alguna atemperarse á estas sustentadas ideas. Desde el comienzo del pasado siglo se ha operado en la tan peregrina cuestión de los *noevi* una reacción en pro de las ideas más racionales. A pesar de que Portel, para explicar las anomalías y deformaciones fetales, emitía la opinión de que podían éstas ser muy bien «el efecto de embarazos penosos, laboriosos y de malas disposiciones de la madre»; no obstante la opinión de Girard, que atribuía las manchas de nacimiento «á consecuencia de las enfermedades de la piel»; de Boasi, que les asignaba como origen «ciertas anomalías de la naturaleza», y agregaba que «sólo el azar» hacía coincidir esas deformidades con una viva impresión; y Aliber, que afirmaba que simplemente se trataba de «fortuitos descuidos del poder moderador de la nutrición», la experiencia viene á demostrarnos que determinadas ideas é impresiones—como la vista de un limón, que provoca en algunas personas hipersecreción salival — potentemente influyen en el funcionalismo de los órganos y tejidos, y hasta ocasionan una porción de trastornos materiales. ¿Cómo la mujer en cinta, dado su especial estado de excesiva impresionabilidad, no había de ser influída de un modo más intenso que ninguna otra persona por una infinidad de ideas ó conceptos?

Aquella solidaridad á que antes aludíamos, entre los órganos maternos y fetales, nos prueba el positivo y recíproco influjo que debe existir entre unos y otros. Relación semejante á la que mediara entre el profesor y el sujeto sumido en sonambulismo que ha *exteriorizado su perceptibilidad.* Una porción de experiencias, llevadas

á cabo en estos últimos años, de *hipnotismo trascendente*—efectiva nueva ciencia,—por los profesores ilustres Richet, Lodge, Bianchi, Geley, Dugas, Hislof, Foa, Stumpf, arrastrados por la *autenticidad del hecho bruto,* y otros, y que todavía desconocen nuestros más conspicuos maestros, nos hacen patente la existencia de un *algo* que debe poner en comunicación, en no bien determinadas circunstancias, las facultades psíquicas de ciertos sujetos, llamados *sensitivos* por los experimentadores modernos, con el medio que les rodea—tal sucede en la transmisión mental y en otros fenómenos de un orden trascendente—ó con su propio organismo.

Todo lo cual nos pone en evidencia que nada tiene de anticientífica la idea de la admisión, de muchos de los fenómenos acabados de reseñar, y que obedezcan al influjo, á la acción psíquica de la madre sobre el organismo del feto; como responden otros sorprendentes hechos á la influencia sugestiva del profesor—*llagas* ó *flictenas sugeridas, congestiones limitadas, anestesias é hiperestesias parciales, hipersecreciones, hemorragias capilares, urticaria, equimosis, pigmentación, marcas especiales* y *edema azul,*—influencia que instantáneamente se torna *endógena* ó autosugestiva en la hipnotizada, así como á la acción de la *actividad inconsciente* de una *estigmática* en su propio organismo.

---

# EXAMEN DE LA APTITUD FUNCIONAL DEL CORAZÓN

## ESTUDIO CLÍNICO

POR EL DR. ANTONIO MUT

Del Instituto Rubio.

El convencimiento de que en las enfermedades del corazón lo más importante es normalizar la *función* cardíaca, principió ya por Stokes, quien formuló los tres principios siguientes, que debieran grabarse en sitio donde no se borraran en mucho tiempo: «Donde está la clave de la patología cardíaca es en las condiciones vitales y anatómicas de la fibra muscular del corazón.—Las alteraciones valvulares ejercen poca influencia sobre la salud general, en tanto el tejido muscular del corazón permanece sano.—En el tratamiento de las afecciones valvulares, debemos guiarnos más por el estado del tejido muscular cardíaco que por la lesión de las válvulas.» Francia y Alemania, mucho más atrasadas en este sentido, no prestaron la debida atención á estas grandes leyes clínicas, que el insigne médico inglés formuló ya en 1855, y continuaron las investigaciones

anatómicas, concediendo á los medios de exploración física una supremacía incuestionable.

En España, á decir verdad, nunca se concedió por los clínicos de épocas anteriores una importancia exagerada á los elementos físicos de diagnóstico, hasta hace poco, en que, imbuídos nuestros maestros por las producciones francesas y alemanas, nos enseñaron, casi exclusivamente, el estudio de las lesiones valvulares, relegando á un término secundario, casi despreciable, el conocimiento de las afecciones musculares cardíacas y las alteraciones de función que son su consecuencia.

Bajo el influjo de estas ideas, aprendí yo, mejor dicho, aprendimos un centenar de desdichados, que hemos pagado bien cara aquella defectuosa é insuficiente enseñanza. ¡Así han sido los resultados!

En mi tiempo, como la percusión no denotara un aumento notable en la macidez cardíaca y, especialmente, si la auscultación no mostraba la existencia de un soplo H ó B, el enfermo era declarado sano del corazón, y tan tranquilos. Por lo demás, aun cuando el enfermo se ahogara de fatiga, orinara poco, tuviera un hígado grande, etc., se buscaba la causa de esos trastornos en otra parte, *ya que en el corazón no se apreciaba ningún ruido anormal.* Y, claro es, la auscultación se practicaba siempre en la cama del enfermo. es decir, en pleno reposo.

Estábamos entonces obsesionados por los fenómenos acústicos, y había quien decía que era posible diagnosticar el grado de una estrechez mitral, según el momento de aparición del desdoblamiento del primer tono aórtico, y hasta que era fácil determinar si la válvula afectada, del orificio aurículo ventricular izquierdo, era la anterior ó la posterior, y así de otras finuras auditivas. Pero de cosas de miocardio, ni una palabra. La miocarditis crónica era pura consecuencia de la lesión valvular, y la aguda pasaba como indiagnosticable. No se comprendía aquí que un enfermo puede estarlo, y muy gravemente por cierto, del corazón, sin que la auscultación demuestre la menor alteración acústica en los sonidos normales; no se sabía que un soplo en el orificio aórtico puede atenuarse, y desaparecer cuando la fibra muscular degenera; se ignoraba que un soplo sistólico mitral puede desvanecerse por el solo reposo; se desconocía, en fin, un hecho de la mayor importancia, que yo de buen grado elevaría á la categoría de ley clínica de primer orden, y es: que en el estado de reposo (es decir, en las condiciones en que habitualmente vemos á los enfermos), el ritmo y la tensión del pulso pueden ser exactamente iguales en un individuo sano que en un cardíaco, y que, por consiguiente, *en el estado de reposo es completamente*

***imposible, la mayoría de las veces, averiguar la capacidad funcional del corazón.***

Algo muy parecido ocurre con los límites del corazón y sus ruidos. El año pasado asistía á mi consulta del Instituto Rubio una señora que padecía una insuficiencia mitral en período hipersistólico; el soplo sistólico era de una rudeza y fuerza extraordinarias; era de aquellos que se palpan. Esta señora se hace embarazada, y la recomiendo el reposo en cama.

Transcurren unos quince días, y me avisa para que vaya á verla á su domicilio. Ausculto de nuevo á mi enferma, en estas condiciones, y me encuentro con que la intensidad del soplo había disminuído de tal modo, que sólo se percibía como un débil ruido de fuelle, velado, apagado.

Para determinar, pues, clínicamente la aptitud funcional del corazón, se precisa siempre hacer practicar á los enfermos algunos ejercicios ó movimientos, ejecutados con prudencia bajo la inmediata inspección del médico. (Nos referimos, ya lo habrá comprendido el lector, á aquellos estados incipientes de insuficiencia funcional.) Sólo después de haber hecho sentar á un enfermo varias veces en la cama, ó después de haber mandado ejecutar unas cuantas flexiones de rodillas en otros, podemos darnos cuenta de los siguientes hechos:

1.° *Disnea.*—Es el síntoma culminante, el de más extraordinaria importancia, aquel que comúnmente suelen proporcionar los enfermos en los antecedentes, á veces el único que obliga á éstos á buscar la asistencia facultativa. Pero no basta oir al enfermo decir: «me fatigo al subir una escalera»; hace falta ver cómo y cuánto se fatiga.

En efecto; supongamos dos enfermos de la misma edad, aproximadamente, presuntos enfermos del corazón, á quienes hacemos ejecutar al mismo tiempo doce flexiones de rodillas, de la manera como se hace en gimnástica, y vemos que, al terminar el ejercicio dicho, los dos enfermos acusan una frecuencia respiratoria igual: sean 50 inspiraciones por minuto; pero mientras en uno de ellos el pulso apenas ha sufrido variación en sus cualidades, y el semblante conserva su coloración normal, en el otro, la pulsación radial se ha hecho mucho más frecuente y pequeña; es decir, ha aumentado en rapidez y ha disminuído en tensión; la fisonomía del enfermo expresa la angustia, ha palidecido, ó, por el contrario, ha tomado un color cianótico; se han presentado sudores fríos, y la palpación de la región precordial demuestra un latido enérgico y tumultuoso. ¡Qué diferencia en la capacidad funcional del corazón de estos dos enfermos!

Claro es que antes de haber mandado verificar á un paciente un esfuerzo determinado, debemos haberlo reconocido en estado de reposo, pues únicamente de este modo podremos darnos cuenta de las alteraciones originadas por la fatiga. No solamente debemos observar la intensidad de la disnea, sino su *duración,* porque á mayor duración, mayor debilidad miocárdica. Se ven enfermos que después de practicar un ejercicio, les basta unos minutos de reposo para entrar en la normalidad, en tanto que otros *quedan* fatigados para varias horas, y aun para todo el día. El ejercicio nos pondrá también de manifiesto si la disnea es de tipo inspiratorio (tuberculosos); de tipo expiratorio (enfisematosos), ó mixto; verdadera sed ó falta de aire (cardiacos).

Rogamos al lector se fije que estamos discutiendo la disnea en un presunto cardíaco, provocada por el ejercicio, ó sea la disnea de esfuerzo, y no hacemos diagnóstico diferencial entre accesos disneicos laríngeos, enfisematosos, estenósicos de las vías aéreas inferiores, del espasmo de la glotis, hipostasia pulmonar, edema del pulmón, diabético, urémico, etc.

Debemos hacer mención también aquí, de las dos clases de disnea, que en las enfermedades del corazón ha descrito el gran clínico Pr. Huchard, porque tienen realmente grandísimo valor semeiológico: la disnea mecánica y la tóxica. La primera, de origen endocardítico, reumático, poco grave, tributaria del tratamiento digitálico. La segunda, de naturaleza arterial, ligada á la insuficiencia renal, con ó sin albúmina, muy intensa, es causa de insomnio, muy grave, dominable por los diuréticos y el régimen lácteo. Pero estas variedades se refieren á enfermedades cardíacas ya constituídas: son disneas más ó menos continuas, aun cuando aumenten su intensidad por el esfuerzo.

2.° *Pulso.*—Si á un individuo sano le hacemos, por ejemplo, andar de prisa durante diez minutos, observaremos que, al fin de este ejercicio, su pulso es más frecuente, más lleno y más duro que antes de la prueba, y que, después de cinco ó diez minutos, todo lo más, de reposo, vuelve el pulso á tomar sus caracteres primitivos. Pues en un sujeto de energía miocardia insuficiente, pueden ocurrir también los mismos fenómenos: aumento en la velocidad y en la presión; pero ambos signos tardan mucho más tiempo en recobrar su normalidad que en las personas sanas. Otras veces, el pulso, después del ejercicio, se ha hecho frecuentísimo y muy pequeño; fenómenos que, según mi experiencia, indican una capacidad funcional muy deficiente. Es decir, que si la presión aumenta ó, por lo menos, se mantiene durante el esfuerzo, el pronóstico es poco grave, mientras que si esta presión disminuye, nuestro juicio debe ser más severo.

3.° *Límites del corazón.*—Se ha dicho que no puede haber insuficiencia funcional del corazón que no se acompañe de un grado mayor ó menor de dilatación. Y dicho así, no hay manera de condenarlo. *Mayor* ó *menor;* el más ó el menos, sobre todo el menos, es muy socorrido en Medicina. Declaro que yo nunca me atrevería á rebatir la opinión de un comprofesor que, examinando un enfermo en mi presencia, asegurara que éste padecía un pequeño, un ligero grado de dilatación. ¿Qué debemos entender por un *poco* más ó menos, y, sobre todo, cómo precisamos un pequeño aumento si es la primera vez que vemos al enfermo, y no sabemos el tamaño de su corazón con anterioridad al examen? Porque si la auscultación se presta á los infundios, la percusión no le va en zaga; rara vez están de acuerdo dos médicos acerca de los límites de la macidez cardíaca obtenida por la percusión.

Se dice que en los enfermos del corazón, el trabajo forzado aumenta la macidez cardíaca, lo mismo absoluta que relativa; y yo digo que debe ser así, pero no he podido convencerme de ello. Si siempre encuentro dificultades para cerciorarme de tal macidez, éstas suben de punto inmediatamente después de verificar cualquier movimiento que produzca fatiga, porque entonces las condiciones en que se halla el enfermo no son, en verdad, las más á propósito para percutir la caja torácica.

Por mi parte, hace ya mucho tiempo que me valgo, para determinar los límites del corazón, del método estetoscópico de Bazzi-Bianchi. Ya sé que dicho método ha sido muy criticado, y hasta se le ha llegado á considerar como perfectamente inútil. Sin embargo, de mí sé decir que, sin que me atreva á asegurarlo, porque no tengo pruebas necrópsicas, siempre me ha dejado satisfecho, toda vez que los resultados que he obtenido con este procedimiento han coincidido con los restantes del examen local y general.

Procedo del modo siguiente: Coloco el fonendoscopio, el microfonendoscopio, de que siempre me valgo, en el centro de la región cardíaca, y después, con el dedo índice ó medio de la mano derecha, rozando muy suavemente la piel del enfermo, describo líneas divergentes á partir del fonendoscopio, á la manera de los radios de una rueda. El oído percibe perfectamente el roce de la yema del dedo sobre la piel mientras se ejecuta esta operación en terreno cardíaco; pero así que el dedo sobrepasa los límites del órgano, el ruido cambia inmediatamente de intensidad, y poco más allá desaparece. Señalo con puntos los sitios en que se verifica el cambio de tonalidad, y reuniendo después estos puntos por una línea, obtengo una imagen de la forma y tamaño del corazón, que, como el autor del método, creo que responde á la verdad. Si se percute con el dedo de la

mano derecha, en vez de rozar suavemente la piel, como he indicado, ya no se obtienen los mismos efectos, porque entonces entra en vibración el aire contenido en los bordes pulmonares, y la distinción entre el macizo cardíaco, la sonoridad pulmonar y el timpanismo esternal, es mucho más difícil; este es el defecto que encuentro en la llamada percusión auscultatoria de Ewald. Como se comprende, este método sólo señala la macidez total del corazón, es decir, la verdadera, la que los autores se han empeñado en llamar *relativa* ó *gran macidez*. Relativa, en castellano, es «lo que ha relación con otra cosa». Por eso entiendo que debe llamarse macidez *relativa* á lo que guarda relación con los bordes pulmonares, ó *pequeña macidez;* y *absoluta,* á la *total* ó *gran macidez.*

El mismo procedimiento de Bazzi-Bianchi me ha servido también para determinar el borde superior del gran macizo hepático; mas no así del inferior, para precisar el cual es menester recurrir á la palpación. Pues bien; el método que he descrito me ha permitido darme una idea del tamaño del corazón en los diferentes enfermos; pero no me ha sido posible nunca hallar esas rápidas diferencias de que se habla, en seguida de un ejercicio más ó menos violento, diferencias que pueden llegar á uno, dos y hasta tres centímetros. Yo no pongo en duda que esto haya sido observado por clínicos hábiles, lo que aseguro es que yo no lo he podido hallar.

Además, para que tales cambios se verifiquen en corto tiempo, es lógico suponer que el miocardio ha de estar tan degenerado y friable, que ya los síntomas propios de estos graves estados para nada requieren las pruebas de capacidad funcional, y hasta es peligroso someter á dichos enfermos á ninguna clase de esfuerzo. Muy recientemente, el Pr. Schlesinger, ha modificado el procedimiento de Bazzi-Bianchi, por medio de un diapasón, cuyo sonido cambia al llegar á los bordes de los órganos macizos. Me parece muy racional este método, y me propongo estudiarlo.

4.° *Modificaciones en los sonidos normales y patológicos.*—Auscultar un enfermo en pleno reposo, y deducir del reconocimiento practicado en estas condiciones el libre y normal juego del aparato valvular, es una temeridad. Mi experiencia me lo ha demostrado en repetidas ocasiones. Muchas veces, después de haber auscultado á un enfermo en la cama sin haber podido notar nada de particular, ha sido suficiente el mandarle levantar del lecho, hacerle subir y bajar ambos brazos repetidas veces, invitarle á coger un objeto del suelo, subir rápidamente dos ó tres tramos de una escalera, etc.; esto es, obligar al enfermo á ejecutar un esfuerzo, cuya intensidad y clase variará según el estado en que se encuentre y las circunstancias que le rodeen; muchas veces, digo, he podido observar la aparición

de ruidos anormales, sistólicos casi siempre, que no se apreciaban en el estado de reposo. En la auscultación de los pulmones también he reparado una cosa análoga, hasta el punto que ya es mi práctica corriente, cuando quiero cerciorarme especialmente del estado de los vértices en un sujeto sospechoso de fimia, al mandarle inspirar y espirar fuertemente (como si estuviera realizando un trabajo penoso), y después ordenarle toser mientras ausculto. Aseguro que procediendo así se consigue, algunas veces, producir fenómenos estetoscópicos apreciables, tales como asperezas, sibilancias y verdaderos *crujidos* que no se denotan cuando el enfermo respira tranquilamente. La mayor demanda de trabajo que se exige á un órgano pone de manifiesto incapacidades é insuficiencias que sólo se revelan en estas precisas circunstancias. Eso pasa con el corazón. Hay miocardios cuya falta de aptitud funcional puede permanecer en estado latente hasta que se les pone á prueba.

Se puede objetar, ya lo sé, que los ruidos que se observan en un corazón fatigado son musculares simplemente. Bueno; pero para el caso que ahora tratamos, lo mismo significa que la presentación del signo físico se deba á estados anormales de tensión muscular ó tendinosa, que á remolinos del líquido sanguíneo, producidos por la estrechez ó la insuficiencia de los orificios del corazón; sea muscular ó valvular el origen del ruido percibido, demuestra siempre una anormalidad funcional, desde el momento en que tales hechos no se suceden en los individuos de corazón sano.

La experiencia clínica enseña, pues, que la exageración del trabajo cardíaco y la rapidez de la circulación refuerzan los ruidos de soplo ó los hacen aparecer, y viceversa, cuando el corazón funciona con calma, los soplos pueden desaparecer por completo. En el caso que después de una excitación física disminuya ó se atenúe un soplo persistente, siempre he visto que tal hecho coincide con una insuficiencia profunda y grave del miocardio. Lo mismo que hemos visto, sucede con el pulso; es decir, que la atenuación de un ruido músculo-valvular y un pulso blando, depresible á seguida de un esfuerzo cualquiera, es señal de una fibra cardíaca degenerada en alto grado.

Además de estos cuatro grupos de síntomas, que se revelan ó exageran por los esfuerzos musculares, existen otros que, bien recogidos é interpretados, son suficientes para diagnosticar una insuficiencia funcional del corazón. Entre estos trastornos, que se desarrollan á consecuencia de una alteración del miocardo, citaremos los siguientes:

1.° *Facies.*—Los enfermos de corazón ofrecen una fisonomía especial que, muchas veces, después que se ha adquirido un largo há-

bito de ver enfermos, auxilia al diagnóstico. Hay cardíacos *azules* y cardíacos *pálidos*. En general, la cara de los cardíacos se presenta congestionada, azulada, con los pómulos y la nariz surcados de capilares varicosos, especialmente cuando los trastornos han interesado la circulación menor: es la cara de los mitrales y tricuspídeos; esto es, la cara de los cardiópatas endocardíticos, por lo regular. obesos, encharcados, edematosos. En cambio, las facies de los cardiópatas arteriales, hipertensos, renales, por lo regular delgados, con escasos edemas, es pálida, térrea, por lo menos hasta que se mitralizan y aparece el cuadro general de la asistolia.

2.° *Decúbito.*—Fundadamente, se ha dado el nombre de *cardíacos sentados* á los enfermos de lesión mitral, y el de *cardíacos echados* á los que padecen lesiones del orificio aórtico. Los primeros guardan en la cama la posición común á todos los enfermos que sufren anoxhemia aguda, cualquiera que sea su causa; es decir, sentados, inclinados hacia adelante, apoyándose en los codos y poniendo á contribución todos los músculos inspiradores accesorios. Los segundos corrigen por el decúbito horizontal la anemia cerebral, que es la natural consecuencia de la lesión. Cuando la asistolia está confirmada, todos los cardiópatas, sin embargo, obedecen á la ley natural que rige la insuficiencia cardíaca.

3.° *Taquicardia.*—Es un trastorno funcional del corazón, generalmente de mal pronóstico. Cuando la taquicardia se acompaña de disnea y de hipertensión arterial, se tiene la triada sintomática más segura de la esclerosis cardio-renal. Así empiezan los cardiópatas arteriales. Si la taquicardia coincide con hipotensión arterial en el curso de una enfermedad infecciosa, es un signo pronóstico de muy mal agüero. En la insuficiencia aórtica, la taquicardia amenaza constantemente la trombosis cardíaca y la formación de embolias.

En la estrechez mitral (he tenido ocasión de observarlo): si á la disnea y al pulso pequeño y blando se añade la taquicardia permanente, puede considerarse perdido al enfermo en breve plazo. Pero la aceleración de los latidos cardíacos no es sólo un síntoma de las enfermedades del corazón, sino que posee una significación diagnóstica y pronóstica de primer orden en la tuberculosis. Ya lo ha dicho Itirtz (de Strasbourg): «Cuando un enfermo tenga taquicardia, examinad el pulmón.»

En efecto; en la tuberculosis hay dos especies de taquicardia: la *precoz*, de origen mecánico, debida á la compresión del pneumogástrico por ganglios hipertróficos tráqueo-bronquiales, y la tardía, de causa tóxica y de un pronóstico muy grave.

4.° *Insomnio.*—Constituye uno de los síntomas que más molestan á los enfermos. Es más frecuente en los cardiópatas arteriales,

presentándose á veces de un modo precoz antes de otras manifestaciones vasculares. Ordinariamente, el insomnio es de origen disneico. De aquí el terrible dilema que decía Dujardin Beaumetz: «O pasarse la noche sin dormir, ó ser dominado por la asfixia.» Efectivamente, estos enfermos no duermen porque respiran mal; y lo mejor que puede hacerse para combatir el insomnio, es tratar convenientemente la disnea. Otros cardiópatas, los mitrales singularmente, con fenómenos congestivos en las diferentes vísceras, y por ende en el cerebro, presentan, por el contrario, un estado de somnolencia ó adormecimiento casi continuos, debidos á la hiperhemia pasiva encefálica, y cuyo estado se alivia tonificando la fibra muscular cardíaca. Si recordamos aquí lo que hemos dicho á propósito de la facies y el decúbito en los enfermos mitrales y aórticos, podremos decir que los primeros son sujetos *cianoticos,* que *duermen sentados* ó recostados en la cama, y los segundos son individuos *palidos*, que ni aun *echados duermen.*

5.° *Bradicardia.*—La antigua teoría de que el pulso lento permanente obedecía siempre á una afección bulbar ó de los pneumogástricos, va perdiendo terreno. Los trabajos modernos parecen demostrar que este fenómeno es debido á una lesión del fascículo de His, y, por consiguiente, á un defecto en la transmisibilidad de la contracción cardíaca, á una alteración del dromotropismo cardíaco. En virtud de esto, la bradicardia debe pasar ahora, más que nunca, como un síntoma funcional del corazón. Como la taquicardia, también puede presentarse por accesos ó continuamente. Es, de todos modos, una afección rara, que hace muy reservado el pronóstico. Recuerdo, sin embargo, un obrero, cargador de pellejos de vino, á quien visité con motivo de una infección gripal, y al cual pude contar, después de curado, 35 pulsaciones por minuto. Este estado no fué accidental, sino que se sostiene hace años, sin que el sujeto presente nada anormal ni se fatigue, á pesar de lo violento de su trabajo. Dícese que se han llegado á contar hasta *ocho* pulsaciones por minuto. Caso verdaderamente curioso.

6.° *Método de Poczobutt.*—Normalmente, la temperatura rectal sobrepasa á la axilar de una á tres décimas de grado. Cuando esta diferencia alcanza á un grado, es prueba de una adinamia crónica del corazón, según Poczobutt. Por este procedimiento cree el autor que se pueden diferenciar perfectamente los ataques de asma bronquial de los de asma cardíaco, y la angina de pecho verdadera de la falsa. En el curso de las enfermedades agudas, la diferencia entre ambas temperaturas es de un valor pronóstico capital. Cuando la temperatura rectal es superior á la axilar en un grado, la función cardíaca está seriamente amenazada. Si la diferencia llega á dos

grados, la muerte es inevitable. Jasniski, que ha experimentado este método, fija reglas para la debida colocación del termómetro, pues asegura que, introduciendo éste á profundidades diferentes en el recto, se obtienen diferencias de dos décimas y de siete décimas. Se necesitan mayor número de experiencias para determinar el valor del método de Poczobutt en el diagnóstico funcional del corazón, ya que otros investigadores, Homburger, Koreezinske, no han sacado las mismas conclusiones.

7.° *Arritmias.*—El eminente Dr. Huchard distingue, en mi humilde concepto con muy buen acuerdo, la arritmia sin taquicardia y las taqui-arritmias. Las primeras son, según este autor, poco graves; las segundas ofrecen un pronóstico severo. Y así es. Las intermitencias y los pasos en falso, pocas veces indican la existencia de una lesión orgánica. Casi siempre obedecen á una influencia tóxica ó refleja, ó son una manifestación del desequilibrio general del sistema nervioso. He conocido varios médicos afectos de estos trastornos, y á quienes dichas alteraciones en el inotropismo y cronotropismo cardíacos llegó á preocupar de tal manera, que constituyó una idea obsesionante de larga duración.

De todos modos, las desigualdades ó irregularidades en la contractilidad del corazón, sobre todo si son permanentes, indican una alteración en el funcionalismo cardíaco que no debemos descuidar. Lo malo del caso es que, si no tenemos la suerte de dar con la causa de ellas, no hay medicamento cardíaco que las domine directamente, sino que se precisa normalizar las funciones digestivas, en unos casos; vencer el estreñimiento, en otros; sedar el sistema nervioso, en algunos; prohibir el uso del café, del tabaco, en los de más allá, etcétera, etc. Las taqui-arritmias, acompañadas de disnea, son un indicio de los más seguros de las cardiopatías arteriales con intoxicación renal.

Por mi parte, considero á la taqui-arritmia, especialmente en personas de edad avanzada, como un síntoma que debe hacer pensar siempre en la esclerosis de las coronarias.

8.° *Dolores cardiálgicos.*—El corazón es un órgano poco *doloroso,* pero cuando duele es de veras. Quiero decir, que hay muchos enfermos del corazón, gravemente enfermos, que no experimentan molestias dolorosas de ninguna especie, y aun esto es lo general. Pero cuando duele este órgano, no suele andarse con medias tintas, sino que lo hace de un modo atroz, inenarrable. Esas medias tintas se quedan para las neuritis ó neuralgias de los plexos cardíacos ó de los nervios intercostales, para la hiperestesia de la región precordial, etc. Siempre que un enfermo os consulte por un *dolorcillo* en el corazón, que le trae preocupado, de cien veces, noventa y nueve no

encontraréis la causa en este órgano. Ya he dicho hace algún tiempo, en estas mismas columnas, lo que pienso acerca de los dolores precordiales, y su significación diagnóstica y pronóstica. Para mí, el dolor cardiálgico verdad es sintomático siempre de la angina de pecho coronaria, ó, por mejor decir, la angina de pecho verdad se caracteriza por el síntoma dolor: dolor fuerte, intenso, brutal. No existe, pues, más que una sola angina de pecho: la producida por lesión de las coronarias. Los demás dolores precordiálgicos no son falsas anginas, sino neuritis de los plexos cardíacos, neuralgias intercostales, manifestaciones histéricas, reumáticas, accesos de espasmo esofágico doloroso; lo que fuere: todo, menos angor pectoris.

9.° *Palpitaciones.*—Tampoco las palpitaciones son siempre sintomáticas de una afección orgánica del corazón. En una mitad próximamente de los casos, deben su origen á una influencia tóxica, refleja ó anémica. Y es preciso, si el examen del corazón no nos dice nada, pasar revista á estos diversos orígenes para encontrar la causa de la contracción tumultuosa del corazón. Ya se sabe que hay palpitaciones *subjetivas* únicamente y otras reales. Dentro de este trabajo de conjunto, sintético y especial, no me es posible hacer un análisis detallado de cada síntoma en particular; así es que sólo me refiero á los puntos generales ó aquellos que la práctica demuestra su mayor frecuencia. Considerado así el asunto, diré que no he visto órganos cuya armonía sea más perfecta que el corazón y el estómago. Los más ligeros desórdenes gastrointestinales se traducen muy á menudo por accesos de palpitaciones.

En ocasiones, basta sencillamente una comida abundante para que el miocardio proteste violentamente. Aun en palpitaciones debidas á causa orgánica, estoy convencido de que uno de los mejores medios para disminuir su intensidad, es procurar que el enfermo no *llene* su estómago, especialmente por la noche. Sin duda, la dieta láctea ó el régimen lácteo-vegetariano es la mejor medicina para el eretismo cardíaco. Hay que tener mucho cuidado con esto, pues no en balde se ha dicho: «Un enfermo que entró como gástrico en vuestro gabinete, sale cardíaco, y viceversa.» A todo esto, claro es que no dejamos de reconocer como causa de palpitaciones el café, el té, el tabaco, el origen vascular, hepático, ovárico, anémico, etc.; pero ciertamente que este desorden funcional de que me estoy ocupando es debido, en una gran mayoría de veces, á los desarreglos—reflejos ó tóxicos—del estómago y del intestino.

10. *Congestiones de las vísceras.*—Constituye uno de los trastornos funcionales que más tardan en presentarse. En los libros, sin embargo, los describen algunos autores como *síntoma inicial.* Estoy seguro que estos señores escriben muchas veces por escribir. Si no

fuera así, ¿cómo es posible que el gran Romberg, profesor de la Universidad de Leipzig, diga que el primer síntoma de la insuficiencia del miocardio está constituído algunas veces por accesos de *angina de pecho;* otras, por ataques de *asma cardíaco;* con frecuencia, por la *ingurgitación del hígado;* y que el *edema de los maléolos* pertenece también á las primeras manifestaciones? ¡Dios de Dios! ¡Y que me haya costado treinta y tantos duros el libro donde se dicen estas cosas! ¡Pues si hemos de esperar á que se presente el edema de los maléolos para diagnosticar una insuficiencia miocárdica, medrada andaría la clínica!

Un paso más, y la falta de energía muscular contráctil del corazón sólo podrá sospecharse cuando se presente el anasarca. No, señores; la congestión hepática, como la renal, como la pulmonar, sólo se verifica cuando la lesión local, digámoslo así, se ha hecho general; cuando se interesa el sistema venoso, cuando ya las cosas han llegado á un punto en que el diagnóstico de una enfermedad del corazón se le ocurre á un profano.

Lastimosamente se confunden los términos; una cosa es que seamos llamados para ver á un enfermo, presa de un ataque de angina de pecho, *como primera manifestación* que *el enfermo acusa,* ó que se nos pida auxilio por una sensación de peso y dolor en el hipocondrio derecho, *cuya molestia puede ser la primera que note el enfermo,* ó, por lo menos, á la que él le conceda importancia; y otra cosa decir que la esclerosis de las coronarias se ha fraguado en un abrir y cerrar de ojos, ó que el hígado se ha congestionado á los dos días de debilitarse la contractilidad cardíaca.

Siempre la misma escuela alemana; siempre mostrando lo grande, lo *objetivo,* lo incurable; nunca las primeras delineaciones morbosas, que pueden ser las únicas que tienen remedio. Más de una vez he sido llamado para ver á un enfermo con violenta congestión pulmonar de causa cardíaca, atribuída por el enfermo á un enfriamiento ó á otra cualquier causa accidental, y nunca se me ha ocurrido pensar que el corazón de aquel enfermo se había trastornado en su función, veinticuatro horas antes de la aparición del accidente, sino que siempre he podido comprobar pequeñas molestias, disnea de esfuerzo, tos pertinaz, palpitaciones, etc., á cuyos signos el enfermo no había querido conceder importancia alguna.

11. *Aumento de peso en los cardíacos.*— Es este síntoma en los cardíopatas una señal de alarma siempre, y si coincide con una disminución en la cantidad de orina, un signo de próxima asistolia. Dicho aumento parece ser debido á la infiltración edematosa de los órganos viscerales, encharcados por una gran cantidad de serosidad que, en ocasiones, hace aumentar el peso diez ó doce kilos. El ede-

ma visceral precede casi siempre al periférico, y clínicamente se traduce por el aumento de volumen del hígado, algunos estertores finos en la base de los pulmones y disminución de la diuresis. En su virtud conviene, como recomienda Jacobœus, pesar á los enfermos de vez en cuando, para estar al tanto de este importante síntoma funcional.

12. *Nicturia.*— Pélhú (de Lyón) ha señalado este curioso síntoma que, efectivamente, se presenta en los cardiopatas. Las enfermos orinan más de noche que por el día, al revés de lo que sucede normalmente. Se atribuye este síntoma á que durante la noche la tensión arterial es casi fisiológica. La nicturia aparece, por consiguiente, en el período hiposistólico, es decir, cuando decrece la tensión arterial.

Tales son, á vuelta de otros menos frecuentes ó de menor significación diagnóstica y pronóstica, los principales signos funcionales que nos permiten, en clínica, fundamentar el diagnóstico de insuficiencia miocárdica. Cada uno de ellos, aisladamente, no tiene, en verdad, más que un valor relativo; pero cuando se presentan varios y pueden enjuiciarse coordenadamente, las sospechas adquieren los caracteres de la verdad. Examinando un enfermo con atención por estos procedimientos clínicos, se orienta uno mucho más pronto—y hay quien dice que mucho mejor—que valiéndose de todos los aparatos ideados hasta la fecha para medir la capacidad funcional del órgano de la circulación... Yo creo que nunca estará de sobra, y es más, creo que se deben aprovechar los datos del esfigmógrafo, manómetro y ortodiágrafo; pero no dejo de reconocer que, por ahora, la clínica mantiene la supremacía en el examen de la aptitud funcional del corazón.

# REVISTA DE ESPECIALIDADES

POR EL PROFESORADO DEL INSTITUTO RUBIO

## Anestesia.

**La extirpación de los tumores del cuello, practicada con anestesia local.** *(Revista de Especialidades Médicas*, Febrero de 1909.)

Para evitar los accidentes que pueden presentarse por la anestesia general en las operaciones de los tumores gruesos del cuello, Bier (de Berlín) preconiza el empleo de la anestesia local, empleando una solución de novococaína al $^1/_2$ por 100, á la cual agrega algunas gotas de suprarrenina. Practicada alrededor del tumor una serie de inyecciones subcutáneas, seguida de otra serie de inyecciones subaponeuróticas, terminando por inyectar algunos centímetros cúbicos en la profundidad de los tejidos, teniendo cuidado de no herir los vasos importantes de la región. Conviene esperar un cuarto de hora para comenzar la operación.

Según Bier, este método está indicadísimo en la extirpación del bocio y en todos los tumores grandes, aunque sean adherentes. Con este procedimiento ha podido extirpar voluminosos cánceres del cuello, así como practicar laringuectomías parciales ó totales, procurando antes insensibilizar la mucosa laríngea.

---

**La mecánica del líquido céfalo-raquidiano y sus aplicaciones á la anestesia raquidiana.** *(Semaine Médicale*, Febrier, 1909.)

Según M. Propping, la difusión del anestésico se realiza con bastante rapidez en la posición horizontal. Está, por consecuencia, indicada la elevación de la extremidad cefálica para impedir en lo posible esta difusión.

Cuando la solución inyectada es más densa que el líquido céfalo-raquidiano, la posición declive largo tiempo sostenida, debe ser considerada como dañosa.

---

**Modificaciones sanguíneas producidas por la anestesia quirúrgica.** *(Revista de Medicina y Cirugía prácticas*, Febrero de 1909.)

Hamburger y Ewing, deducen de sus observaciones que, en la anestesia por el óxido nitroso, la reducción de la hemoglobina no es permanente ni se produce anemia; la hemolisis tampoco está aumentada; las modificaciones de la hemoglobina y de los eritrocitos son transitorias, y carecen de importancia quirúrgica, y pueden explicarse por la estancación capilar. La reducción de la hemoglobina no es resultado del anestésico, sino de la asfixia. La modificación en el tiempo que tarda en coagularse la sangre no es constante, pero en general este período aumenta.

En una serie de observaciones experimentales hechas sobre el particular en la anestesia por el éter, han observado que la hemoglobina es reducida ligeramente y que, por lo tanto, se produce algo de anemia; la hemolisis no aumenta de un modo notable; las modificaciones de la hemoglobina y de los eritrocitos se explican por los de la sangre. El tiempo que necesita la sangre para coagularse es mayor, sobre todo, del séptimo al undécimo día.

En la anestesia por el cloroformo han observado reducción de la hemoglobina y, por consiguiente, producción de anemia; la hemolisis está aumentada, lo mismo que el tiempo necesario para coagularse la sangre.

De la comparación de los tres anestésicos, desde el punto de vista de las modificaciones sanguíneas, deducen que el óxido nitroso no produce efectos permanentes de importancia, y que el éter determina efectos permanentes más importantes (anemia ligera y aumento del tiempo necesario para la coagulación); que el cloroformo ocasiona efectos más perjudiciales (hemolisis y producción de anemia).

Dr. Fermín Martínez Suárez

## Cirugía general.

**El drenaje subcutáneo permanente de los ventrículos cerebrales en la hidrocefalia**, por Krause. *(Berlín, Klin. Woch*, 22 de Junio de 1908.)

Preconiza Krause un procedimiento de drenaje, que consiste en derivar el líquido cerebro-espinal hacia el tejido celular subcutáneo, donde se reabsorbe á medida que llega.

En un punto del cráneo (temporal, parietal), después de tallar un colgajo de piel y aponeurosis, cuya base es de 2 centímetros próximamente, se trepana el hueso con un perforador de 2 milímetros de

diámetro; después se punciona el ventrículo lateral con un trócar especial. La cánula se fija al orificio óseo, y se coloca encima el colgajo.

Al principio se presenta un edema pasajero de la región; el líquido ventricular acumulado debajo de la piel se reabsorbe después, y esta reabsorción en el tejido celular del cuero cabelludo se produce de una manera permanente y progresiva.

Se puede dejar la cánula en su sitio durante varios meses; cuando el efecto buscado se ha obtenido, se quita con una simple incisión cutánea.

Este procedimiento ha dado resultado, disminuyendo el volumen del cráneo, aumentando la inteligencia del sujeto y haciendo desaparecer la incontinencia de orina y fecal.

---

**Tratamiento de las neuralgias faciales por las inyecciones de alcohol**, por Bodine y Keller. (*The New-York*, 26 Septiembre 1908.)

Los autores han empleado el método de Lévy y Baudoin en quince casos de neuralgia facial: catorce casos típicos y uno de neuralgia facial histérica. Los catorce primeros dieron trece curaciones permanentes; siete veces los dolores desaparecieron completamente á la primera inyección; seis veces fueron necesarias dos, tres, cuatro y siete inyecciones para llegar á la curación.

El nervio oftálmico es el más sensible á las inyecciones de alcohol; una sola es suficiente para encontrar una notable mejoría. Los nervios maxilares son un poco refractarios.

Entre los trece enfermos, cinco habían sufrido intervenciones anteriores: sección ó arrancamiento de los nervios infraorbitarios y dentario inferior, etc. Todos habían sido tratados por los medios conocidos (morfina, electricidad, rayos X, etc.).

En el caso de neuralgia histérica, la inyección no dió resultado inmediato; los dolores desaparecieron ulteriormente.

---

**Progresos en el diagnóstico de los tumores cerebrales.** por Abb Knapp. (*Munch. med. Woch*, 1908, núm. 19.)

Para operar con alguna garantía un tumor cerebral, es necesario un diagnóstico de localización, y éste ofrece muchas veces dificultades insuperables. En estos últimos años se han hecho algunos progresos, que el autor estudia en este trabajo.

Los síntomas de foco son útiles para localizar un tumor; pero el

diagnóstico es dificilísimo cuando asienta en las zonas indiferentes. Los cirujanos han contribuído á esclarecer esta cuestión.

Cuando se extirpa un tumor implantado en un centro importante, lo más frecuente es extirpar con él una cantidad de tejido de alrededor, y la intervención, que en caso favorable salva la vida al individuo, le deja con una pérdida permanente de una función de importancia. Al contrario, la extirpación en un territorio indiferente, no se sigue de ninguna manifestación durable.

Para llegar al diagnóstico de los tumores situados en las zonas indiferentes, se puede utilizar diversos métodos. Se examinarán los síntomas lejanos: una parálisis parcial del tercer par recidivante, tardía ó transitoria, en particular una ptosis del mismo lado, ó los trastornos de la reacción pupilar, se observan frecuentemente en los tumores del lóbulo temporal.

Otro medio de diagnóstico está en las modificaciones de la percepción craniana de las ondas vibratorias. Si existe un foco que impide la conducción del sonido en una mitad del cráneo, el diapasón se notará menos en el lado atacado que en el otro. Estas modificaciones se observan rara vez en los tumores cerebrales; es preciso que el foco esté situado muy profundamente, y su consistencia se diferencie bastante del resto del contenido del cráneo.

Los rayos X constituyen otro medio de investigación; pero es difícil darse cuenta por este medio de los tumores, y son las lesiones óseas las que se manifiestan de un modo más claro.

El más reciente y el más importante de los medios de diagnóstico de estos tumores, es la punción á través del cráneo intacto; método preconizado por Neisser (de Stettin). Antes de practicar la punción se sirve del cirtómetro de Kocher para reconocer la situación de la arteria meníngea media, la cisura de Sylvio y el seno transverso. Después de haber marcado muy exactamente con el lápiz de nitrato de plata el sitio de la perforación, se rasura y desinfecta rigurosamente el cráneo y se señala el punto de la punción con tintura de iodo. La perforación se hace, previa anestesia local, con un perforador movido por un motor eléctrico.

Cuando el perforador, en un primer tiempo, ha penetrado á través de la piel, periostio y hueso, se introduce una aguja de platino con mandril del mismo metal, que profundiza de tres á cuatro centímetros en tejido nervioso. Se retira el mandril y se aspira con una jeringa de Luer. El contenido se vacía en una cápsula de porcelana, y se examina al microscopio; la primera punción establece solamente si existe un tumor en el sitio presumido anteriormente ó se trata de otro proceso patológico (hidrocefalia, quiste, absceso, etc.). Si la preparación ha dado la existencia de un tumor, falta determi-

nar si asienta en las cubiertas ó por debajo de ellas, á qué profundidad comienza y dónde termina y la extensión que ocupa; cuando estos datos se adquieren por punciones repetidas, si se establece que el tumor es operable, se envía el enfermo al cirujano.

En la clínina universitaria de Halle, la punción cerebral exploratriz se ha practicado con éxito, bajo la dirección Wernicke, en una serie de casos. El autor cita, entre otros, cinco casos en que el diagnóstico de localización se hizo gracias á la punción. Los cinco enfermos fueron operados con buen resultado funcional (un glioma del lóbulo temporal derecho en una joven de veinticinco años; un glioma situado entre el lóbulo parietal izquierdo y el lóbulo central en una joven de once años; un condroma quístico de 120 gramos, de las circonvoluciones centrales, en un hombre de diez y siete años; una gliomatosis difusa del lóbulo parietal derecho en un hombre de treinta y dos años, y un sarcoma situado entre el lóbulo occipital derecho y el lóbulo parietal en un hombre de sesenta y cuatro años). Esta punción es casi indolora, y no causa daño alguno si se practica con las precauciones usuales.

DR. PALLARÉS

## Cirugía infantil.

De los *Annales de Médecine et Chirurgie infantiles* tomamos la siguiente nota sobre la parálisis isquémica de Volkman, porque estimamos encierra un interés clínico indiscutible:

«M. Frœlich (1) ha observado en su clínica ocho casos de parálisis isquémica de Volkman desde el año de 1904. Tres de estos enfermos han sido presentados á la Sociedad de Medicina de Nancy. Dos de ellos habían curado después de la resección parcial de los dos huesos del antebrazo.

M. Frœlich recuerda que esta lesión, impropiamente llamada parálisis, es debida á una mioxitis, total algunas veces, pero más frecuentemente parcial, de todos los músculos flexores del antebrazo, que sobrevienen en los niños después de una fractura de los dos huesos del antebrazo, cuando un aparato demasiado apretado ha sido aplicado.

Una porción más ó menos grande del cuerpo muscular se transforma en tejido fibroso retráctil, más corto que la porción carnosa que reemplaza. Los dedos se mantienen en garra, las primeras falanges en extensión ó ligera flexión, y las otras dos en flexión. El

(1) Société de Médecine de Nancy. 18 Janvier 1909.

pulgar se coloca en la palma de la mano, y la muñeca en flexión en ángulo recto.

No existe ninguna lesión nerviosa en los casos típicos. Existen casos complejos, en los que las dos lesiones coexisten. Las reacciones eléctricas son normales, y la lesión es debida únicamente al acortamiento de los músculos flexores.

La miositis que la ocasiona puede, en los casos extremos, terminar en una destrucción supurativa de todos los músculos del antebrazo, como en el caso particular que el Dr. Frœlich presenta, y en el que no resta más que la piel y los huesos. En los casos habituales se puede obtener una curación total, ó poco menos, por medios ortopédicos, excepcionalmente en los casos ligeros, y más frecuentemente haciendo dos clases de intervenciones quirúrgicas. Una de éstas consiste en la *resección parcial de los dos huesos del* antebrazo, en proporción bastante para permitir á los dedos el ponerse en extensión, *operación de Henle*. La otra intervención consiste en hacer el alargamiento de los tendones de los músculos acortados, alargamiento que no es posible más que cuando una parte solamente de los músculos flexores del antebrazo están afectos de miositis: cuando, y esto ocurre lo más frecuentemente, todos los músculos están esclerosados, es necesario hacer quince alargamientos tendinosos, la cosa raya en lo extraordinario, sobre todo teniendo en cuenta las dimensiones filiformes de los tendones de estos músculos en los niños.

La operación de Henle, por el contrario, es una intervención fácil, cuyos tiempos están bien reglados, y que M. Frœlich ha ejecutado cinco veces, cuatro con un resultado del todo perfecto.

En el caso que presenta, esta operación no es posible por haber desaparecido los músculos. Pero se propone injertar el biceps desdoblado en los haces de todos los flexores de los dedos, y el triceps, desdoblado también, en los haces de los extemores, y espera, de este modo, transformar la mano en un gancho fisiológico que podrá ser de alguna utilidad.

La pinza anatómica que presenta es también interesante. Es un antebrazo y un brazo amputado en un niño de doce años, que había sufrido una fractura de los dos huesos del antebrazo. Un aparato demasiado apretado había sido colocado; la mano se puso en garra desde el tercer día, y el noveno acusó fenómenos de gangrena séptica que exigieron la amputación. El interés de esta pinza es que ella demuestra el principio de la miositis de los flexores, miositis esclerosante al comienzo, y de la que el Dr. Frœlich publica ulteriormente el examen histológico practicado por el Dr. Hoche. En exámenes anteriores, practicados igualmente por el profesor Hoche,

sobre tejidos musculares extirpados por M. Frœlich, estas mismas lesiones, de cinco á ocho meses de fecha, han sido ya descritas.

Dos cosas de interés merecen fijar nuestra atención, y que se desprenden lógicamente de la anterior nota:

La primera, los peligros que acarrea una compresión fuerte y sostenida con los aparatos de fractura aplicados no sólo á los niños, sino también á los adultos, conociendo los fatales resultados á que se puede llegar; y sabiendo, además, que la compresión no presta ninguna utilidad, se tendrán presentes uno y otro extremo al aplicar un aparato de fractura.

La segunda, que cuando nos veamos en la precisión de tratar un enfermo de la mal llamada parálisis isquémica de Volkman, debemos optar por el tratamiento ortopédico, si la degeneración muscular, por ser reciente y limitada, es reparable; cuando no, recurriremos á la resección parcial de los dos huesos del antebrazo, que sobre haber dado excelentes resultados en manos del Dr. Frœlich, nos parece más racional su empleo que el alargamiento de los tendones de todos los flexores de la mano.

DR. PABLO LOZANO

## Estomatología.

**Estomatopatías de origen gravídico.** (Fargin Fayole. *La Clinique.*)

Las relaciones entre el estado de embarazo y las afecciones bucodentarias son unánimemente admitidas; la patogenia de estas afecciones es lo que está en litigio.

El ptialismo es una de las perturbaciones más frecuentes, siendo en algunos casos la causa que permite descubrir un embarazo en sus comienzos. La saliva se modifica en su composición química, pues la eliminación de fosfatos está aumentada. La acidez salivar será casi la regla.

La gingivitis es admitida después de los trabajos de A. y D. Pinard en 1877; algunas veces precoz, aparece al segundo mes, lo más á menudo hacia el cuarto; la inflamación puede propagarse á toda la mucosa bucal, y sin síntomas particulares desaparece, por lo general, al mes de haber parido. Para ciertos autores se trata de una afección especial, pero para la mayoría no ven en ella más que la consecuencia de una modificación del terreno que rompe el equilibrio fisiológico del medio bucal, y que permite á las causas locales ordinarias obrar de una manera intensa.

Se señala igualmente en las mujeres embarazadas afectas de gingivitis ó de dientes cariados, tumores fungosos de las encías, blandos y hemorrágicos; no son verdaderos tumores; se trata simplemente de

masas fungosas que histológicamente presentan la estructura de los granulomas. No obstante, se han observado verdaderos *épulis* durante la gestación; pero como estos tumores se han reabsorbido espontáneamente despues del parto, es probable que puedan asimilarse á los precedentes.

La odontalgia de las mujeres en cinta ha sido señalada en todo tiempo; estas *odontalgias esenciales* deben ser separadas de las odontalgias ligadas á los diversos períodos de la caries dentaria. Comprendida así, resulta bastante rara. A menudo se trata de dolores ocasionados por caries intersticiales, caries de cuellos difíciles de descubrir y que pueden pasar por una odontalgia esencial. Esta aparece de ordinario en los tres ó cuatro primeros meses de embarazo, bajo forma de dolores muy intensos, que raramente pueden localizarse á un solo diente; lo más frecuente son un grupo de dientes ó medio maxilar donde se sitúa el dolor. Con toda probabilidad se achaca á la congestión, consecuencia de la hiperactividad circulatoria ocasionada por el estado de gestación.

La *caries dentaria* es la afección bucal más frecuentemente observada en la mujer en cinta. Estas caries aparecen no solamente durante el embarazo, sino también en las mujeres que amamantan y después del parto y destete.

Diferentes hipótesis se han emitido para explicar la patogenia de estas caries. La mayoría de los autores creen en una desmineralización de los tejidos duros del diente, pudiéndose añadir la acidez de la saliva y la exaltación de la virulencia del polimicrobismo bucal. El aumento de los factores de ataque y la disminución de los de defensa, explican el número y la rapidez de las caries dentarias durante el período de gestación.

Los autores que hacen jugar un papel capital á la decalcificación en el origen de estas caries, insisten, bajo el punto de vista terapéutico, en la recalcificación á beneficio de una medicación y un régimen apropiados; localmente, baños alcalinos combatirán la acidez salivar, y una higiene bucal severa será establecida.

Al principio del embarazo debe practicarse un examen de la boca para tratar las caries que admitan arreglo; las raíces que no deban ó puedan conservarse, se extraerán; el sarro se quitará, dejando la boca en condiciones de salud por los tratamientos y limpieza adecuados.

En cuanto á las caries que evolucionan durante el embarazo, la obturación y el tratamiento son á menudo difíciles, por la hiperestesia de la dentina y también por la blandura de este tejido, que borra el límite preciso hasta donde debe resecarse. En este caso, la obturación provisional sobre una pasta antiséptica no irritante, parece

el tratamiento de elección. Esta obturación provisional será renovada si ha lugar, y reemplazada por una obturación definitiva después del alumbramiento.

De todos estos hechos resulta la necesidad de un servicio particularmente atento de la boca en las mujeres en cinta, pues de lo contrario se corren peligros inmediatos, tales como dolores, insomnios, alimentación y masticación insuficiente, perturbaciones digestivas, etc.; ó accidentes infecciosos, como ósteomielitis, necrosis, adeno-flemón, etc., los cuales pueden turbar y excepcionalmente interrumpir hasta la evolución del embarazo. Ahora se comprenderá la importancia del tratamiento profiláctico ó curativo de las estomatopías gravídicas.

DR. LANDETE

## Medicina interna.

**¿Es el bacilo tuberculoso la causa del cáncer?** Por T. G. Melonkey. (*New York Médical Journal*, Diciembre 1908.)

El autor entiende que el bacilo tuberculoso es la causa fundamental de las neoformaciones de carácter maligno, por las siguientes razones:

1.ª, porque el bacilo tuberculoso origina lesiones cuya causa no puede evidenciar el microscopio; 2.ª, porque aun en lesiones típicamente tuberculosas, es frecuentemente imposible la demostración del bacilo por los métodos ordinarios; 3.ª, porque las anteriores razones explican los resultados contradictorios en algunas inoculaciones experimentales; 4.ª, porque los procesos tuberculosos y cancerosos coexisten á menudo, no solamente en el mismo sujeto, sino en el mismo tumor; 5.ª, porque la caseificación, que es lo característico del tuberculoso, se presenta también en el cáncer; 6.ª, porque ciertas condiciones que antiguamente se atribuían al cáncer, se reclaman ahora para la tuberculosis; 7.ª, porque el hecho de que el bacilo tuberculoso, una vez que ha encontrado su nido, provoque la proliferación de las células conjuntivas y también epiteliales y endoteliales, es de una gran significación patogénica.

Desde el punto de vista clínico, esta teoría es igualmente satisfactoria. Así, ambos procesos, tuberculoso y canceroso, son hereditarios, en el sentido de una predisposición familiar; ambos pueden presentarse en todas las edades; ambos son primitivamente locales; ambos pueden generalizarse; ambos reconocen á veces como causa aparente un trauma; ambos se encuentran no solamente en el hombre, sino en otros vertebrados; ambos tienen una localización puramente accidental; ambos ofrecen diferencias en su aparición y estructura, según el tejido infectado; ambos cuentan muchas veces en

su etiología influencias deprimentes; ambos determinan consunción y caquexia; ambos tienen un fondo común, siendo accidental su presentación en los distintos territorios orgánicos.

Tantas y tan estrechas analogías inducen al autor á creer que estas dos enfermedades son simplemente manifestaciones distintas de un solo agente infeccioso.

---

**Una nueva teoría sobre el pulso lento permanente,** por Esmarch Loente de l'Internat, 22 Octubre 1908.

La teoría de Charcot, que atribuye la bradicardia á una lesión bulbar ó del pneumogástrico, no ha pasado nunca de ser una pura hipótesis sin confirmación anátomo-patológica.

El autor cree que la bradicardia obedece á una lesión del fascículo de His, que, como se sabe, pone en comunicación las aurículas con los ventrículos. En la autopsia de personas muertas de esta enfermedad, se encuentran lesiones profundas del fascículo de His, con ausencia de otra alteración del sistema nervioso. Las bradicardias paroxísticas reconocen como causa idénticas lesiones. Temporales ó permanentes, las bradicardias son debidas á las mismas causas: endocarditis, esclerosis renales y, sobre todo, los gomas sifilíticos. Este último hecho es de una importancia capital, toda vez que se ha comprobado que algunos casos de pulso lento permanente han curado merced al tratamiento mercurial.

DR. A. MUT

## Medicina legal.

**Quelques recherches de Police scientifique. Deus cas d'identification par les empreintes de la paume de la main,** por Eug. Stockis. (*Annales de la Société de Médecine légale de Belgique*, año XIX, núm. 5.)

Las líneas papilares de la palma de la mano, especialmente las próximas á la muñeca, pueden servir muy bien para la identificación de un individuo. Hasta ahora se habían estudiado los dibujos digitales y los surcos palmares primarios (últimos estudios de Cevidalli y Benassi) (1); pero falta aún un estudio detenido de las crestas papilares de la palma. Pueden servir para completar el señalamiento dactiloscópico del individuo que carece de algún dedo: en el día de mañana, cuando las impresiones digitales no basten para la clasificación de las fichas, y en las investigaciones judiciales para probar la culpabilidad de un sujeto sospechoso.

---

(1) Véase mi «Revista de Medicina legal» en la *Revista de Medicina y Cirugía prácticas*, Abril 1909.

En bastantes casos judiciales (Corin y Stockis han publicado muy notables trabajos) (1) se ha podido demostrar la culpabilidad de un individuo por las huellas de sus dedos. Pero los casos de identificación por las huellas de las crestas papilares de la palma, son raros. En los *Arch. J. Krim. Authrop*, 1905 (t. XVIII, pág. 513), Roztoci' refirió un caso de esta índole; en la *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas* (Abril de 1909) hemos publicado otra observación de Balthazard, de huella dejada por una mano ensangrentada, pero en este caso sirvieron principalmente para la identificación los surcos primarios.

El profesor Stockis, en 1908, consiguió en dos casos, por la comparación de las huellas de la palma en los lugares y las impresiones de sujetos sospechosos, designar los autores del delito.

En uno de estos casos, los ladrones cubrieron el cristal de una ventana para disminuir los ruidos, con una capa de argamasa. Stockis distinguió muy bien (examinando el vidrio por transparencia sobre fondo negro) un extenso dibujo de líneas papilares, con una figura central en forma de bucle que correspondía á la eminencia hipotenar.

En el segundo caso se trataba también de otra huella de la eminencia hipotenar dejada sobre el muro de una iglesia.

Ningún autor, hasta Stockis, había intentado clasificar las impresiones palmares; he encontrado simplificada esta labor—dice dicho autor—por los dos hechos siguientes:

*a*) La eminencia tenar (por el lado del pulgar) presenta generalmente líneas paralelas, sin dibujo central; á veces pueden encontrarse formas bastante complejas.

*b*) La eminencia hipotenar (parte correspondiente al meñique) presenta una gran variedad de tipos; pero la simetría entre las dos manos es muy frecuente.

El dibujo central, cuando existe, suele ser sencillo: bucle abierto hacia arriba, abajo, derecha ó izquierda, más ó menos alargado ó en forma verticilaria.

Stockis promete estudiar más extensamente este asunto. Dicho autor, para la fotografía de las huellas encontradas en los lugares, tiene la costumbre, para apreciar exactamente sus dimensiones sobre la prueba obtenida, de pegar en el mismo plano, en su vecindad, una tirita de papel milimetrado; de esta manera, con las fotografías se puede deducir siempre el coeficiente de agrandamiento, y obtener con la misma escala las reproducciones de las huellas que han de servir para la comparación.

---

(1) Véase Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas, Julio de 1908.

**Empreintes d'etoffes, de bas,** etc., por Eug. Stockis. (*Annales de la Société de Médecine légale de Belgique*, año XIX, núm. 5.)

En las investigaciones judiciales podría obtenerse, en ocasiones, gran partido de las huellas dejadas por las prendas de vestir del delincuente; estas huellas pueden recogerse en el suelo ó en objetos manchados. Stockis prueba experimentalmente cómo los vestidos manchados de tinta (se procede como cuando obtenemos las impresiones digitales) dejan impresiones que muestran muy bien el grosor de sus hilos, su agrupación, su costura, usura, agujeros, etc.

Respecto á las impresiones de guantes, ha observado una curiosa particularidad: si son de caucho delgado ó guantes de piel fina, si se imprimen los dedos — por los cuales se ha pasado el cilindro de dactiloscopia — sobre el papel, en la mancha gris negruzca obtenida se distinguen las líneas papilares lo suficientemente para determinar el tipo y contar las líneas entre dos puntos dados; lo mismo sucede si se imprimen los dedos enguantados y embebidos de grasa sobre un objeto de vidrio.

Cuando los guantes son muy espesos, se obtiene sólo la impresión del guante, uniforme con los de caucho, característica para los guantes de piel ó de hilo.

Hasta ahora Stockis, en la práctica, no ha encontrado más que un solo caso en que se podía sospechar que los malhechores se habían enguantado para evitar las huellas digitales involuntarias.

ANTONIO LECHA-MARZO
Del Laboratorio de Medicina legal de la Facultad de Valladolid.

## Neurología y Electroterapia.

**El bromuro de potasio en inyecciones hipodérmicas,** por el doctor Rebizzi. (Comunicación á la Academia de Ciencias Médicas de Florencia.)

Para salvar los inconvenientes que presentan las inyecciones hipodérmicas de bromuro potásico, como son: el dolor intenso si se emplea el agua como vehículo, y la absorción lenta si éste es un cuerpo graso, el autor ha propuesto una preparación, cuya fórmula es la siguiente:

| | |
|---|---|
| Bromuro potásico | 50 gramos. |
| Sulfato de sosa | 2 » |
| Ácido fénico | 1 » |
| Agua destilada | c. s. para 100 c. c. |

Un centímetro cúbico de esta solución equivale á un gramo de bromuro administrado por vía gástrica. Inyéctase en plena masa muscular, y sólo da lugar á un dolor pasajero, no siendo raro que en el sitio de la inyección se produzca un ligero edema, que desaparece fácilmente á favor de suaves fricciones.

El ácido fénico que forma parte de la fórmula tiene por objeto calmar el dolor que produce la inyección de la sal brómica, y además producir la inhibición de la diapédesis en el punto de la inyección y mantener estéril el preparado.

Tiene, no obstante, dicha fórmula el inconveniente de precipitar parte de la sal bajo la influencia del frío, por lo cual hay que someter la solución á la acción del fuego antes de inyectarla, pero lo mejor es disminuir la concentración de la solución, sobre todo en tiempo de invierno.

La utilidad de estas inyecciones, casi indoloras, de bromuro, puede ser de gran importancia en muchas ocasiones en que, como es sabido, se encuentran graves dificultades para la administración de esta sal por la vía gástrica, y también en los casos en que se necesita una acción terapéutica rápida, que no es posible lograr por aquélla.

En estos casos pueden encontrarse muchos enajenados, delirantes, el insomnio, y principalmente ataques de eclampsia y la epilepsia.

---

**Tratamiento de las neuralgias por las inyecciones subcutáneas de aire,** por el Dr. Gubb. (*Brit. Méd. Journal,* Noviembre 1907.)

Por medio de un aparato análogo al termo-cauterio de Paquelín, en el cual se halla reemplazado el cauterio por una aguja de platino iridiado, se inyecta el aire en la piel en los puntos en que el dolor se manifiesta con más intensidad.

El aire inyectado se esteriliza previamente, haciéndole pasar á través de un tubo lleno de algodón esterilizado, y se procede á la inyección, tomando todas las precauciones que se aconsejan para las inyecciones hipodérmicas ordinarias. Después de practicado, se obtura el orificio de la piel por medio de una gota de colodión, y se practica un masaje de la región para distribuir el aire uniformemente en los tejidos subcutáneos. La cantidad de aire que hay necesidad de inyectar varía según la región: en el tórax son suficientes de 20 á á 30 c. c., mientras que en la región glútea se necesitan de 200 á 300.

El autor hace extensivo este procedimiento á toda especie de neuralgia y de neuritis. En la neuralgia intercostal se practica una pequeña inyección en la contigüidad de la columna vertebral y otra por delante en la proximidad de la línea media.

En la ciática aconseja se practiquen las inyecciones en la región lumbar, en el lado externo de la nalga y en la parte súpero-externa del muslo, así como también en otros puntos dolorosos que suelen observarse hacia la cabeza del peroné y en el dorso del pie.

El autor refiere centenares de casos en que ha aplicado este método con excelentes resultados; pero, no obstante, en la práctica puede tropezarse indudablemente con no pequeños obstáculos, y en las personas nerviosas, sobre todo, se producen sensaciones muy molestas de constricción, principalmente cuando el aire penetra en los tejidos del cuello.

DR. E. VILCHES

## Vías urinarias.

**A propósito de la prostatectomía transvesical,** por el Dr. Carlier. (*Le Journal Médicale Français.* Enero 1909.)

Prescindiendo de indicaciones y resultados operatorios, expone el Dr. Carlier su técnica:

*Preliminares de la operación.*—Siendo la hemorragia uno de los principales peligros, aconseja administrar al enfermo, durante unos días, de tres á cuatro gramos de cloruro de calcio: en previsión de autointoxicaciones digestivas, recomienda régimen lacto-vegetariano y algún laxante (excepto el áloes); desinfección de vejiga por medios de lavados y administración de diuréticos.

*Particularidades del método operatorio.*—Cloroformo á dosis mínimas. A fin de prevenir la orquitis, el autor secciona los canales diferentes en las bolsas. Distensión de vejiga con aire estéril.

Incisión vesical grande. Extracción eventual de los cálculos.

Al tiempo que un ayudante hace retroceder la próstata, mediante introducción de un dedo en el recto, incisión pericervical con tijeras curvas, terminándola hacia adelante y casi en la uretra; después, con uno de los dedos índices, se desprende la próstata, ayudándose del otro índice introducido en el recto. Teóricamente, y tal como Freyer lo indica, hendir la comisura anterior de la próstata, á fin de repasar el órgano en un bloque. Por medio de la sonda uretral, lavar la cavidad prostática é introducir el tubo de Freyer en la vejiga.

*Cuidados post-operatorios.*—Según el autor, se simplifican mucho usando el aparato de Troing, que consiste en una especie de cubeta receptora de orina, adaptable á la herida hipogástrica; su tapadera permite lavar la vejiga.

Lavados minuciosos de dicho órgano, calientes y á presion suave, por el tubo de Freyer durante los cuatro primeros días; después por un tubo ordinario de drenaje hasta el décimo; los primeros ensayos de sonda se harán al undécimo ó duodécimo día.

Carlier dice haber obtenido 20 curaciones en 20 casos, y estima á la prostatectomía hipogástrica, respecto á gravedad, como la perineal.

DR. CARLOS NEGRETE

# BIBLIOGRAFÍA

**La responsabilidad médica ante los Tribunales de Justicia, por A. Tapia y Gil. 3.ª edición. (Teruel. Administración del *Protocolo Médico-Forense*, 1908.)**

Este hermoso libro está dedicado á las disposiciones de la ley penal, que define y castiga actos y omisiones ejecutados, ya con intención maliciosa, ya con imprudencia ó negligencia, é imputables á los facultativos en el ejercicio de la profesión, y que pueden constituir delitos ó faltas, y la pena en que por éstos pueden incurrir, así como la que puede serles impuesta por infracción de ciertos deberes que otras leyes les imponen.

Su autor, D. Ambrosio Tapia y Gil, en la actualidad presidente de la Audiencia territorial de Burgos, dedica su obra á la clase médica española y á la memoria del alienista español Vicente Almenara, que en el manicomio de Zaragoza (célebre en la historia de la Psiquiatría) supo continuar la obra de sus predecesores. Un capítulo *preliminar* está dedicado á la historia de la responsabilidad médica ante las leyes. Y he aquí el índice de los restantes:

*Capítulo I.* Responsabilidad del facultativo por la expedición voluntaria de un certificado falso de enfermedad ó lesión, con el fin de eximir á una persona de algún servicio público.—*Cap. II.* Responsabilidad del facultativo ó de la matrona por su intervención punible en el aborto.—*Cap. III.* Responsabilidad del facultativo ó la matrona que, abusando de su profesión, coopere á la suposición de parto, á la sustitución de un niño por otro y á la ocultación ó exposición de un hijo legítimo con ánimo de hacerle perder su estado civil.—*Cap. IV.* De la ciencia de la Medicina legal. Del informe pericial médico. Condiciones que deben tener los peritos médicos. El informe de los peritos médicos en la historia, según la ley de Enjuiciamiento criminal. Nombramiento de peritos; notificación á éstos. Obligación de los peritos de acudir al llamamiento judicial. Casos en que los peritos no pueden emitir informe. Causas de recusación de los peritos. Juramento. Forma en que deben evacuar el informe. Casos de discordia en los peritos y nombramiento de un tercero por el juez de instrucción. Del informe de los peritos en el juicio oral y público y ante el Jurado. Derechos de los peritos. Deberes especia-

les que en ciertos casos impone á los médicos la ley de Enjuiciamiento criminal; responsabilidad por el incumplimiento de estos deberes. Deber especial que á los médicos, y en su caso á las matronas, impone la ley de Registro civil; responsabilidad por el incumplimiento de este deber.—*Cap. V.* De los médicos forenses. Legislación. Necesidad de establecer definitivamente el cuerpo único de Médicos auxiliares de la Administración de justicia y de la Penitenciaría en España, con dotación fija, consignada en los presupuestos del Estado. Laboratorios de Medicina legal. Reales Academias de Medicina como auxiliares de la Administración de justicia.—*Cap. VI.* De las cuestiones médico-legales. Cuestiones médico-legales en asuntos administrativos; de derecho civil; de derecho penal. De otros requerimientos que pueden hacerse á los médicos en el ejercicio de su profesión por los particulares.—*Cap. VII.* De la eficiencia del informe de los peritos médicos en orden á las cuestiones sobre asuntos administrativos y judiciales en materia civil ó criminal. ¿Es obligatorio en los médicos, sean ó no forenses ó auxiliares de la Administración de justicia y de la Penitenciaría, acudir al llamamiento judicial á fin de emitir su informe como peritos en los juicios orales? Conveniencia de que se armonicen las disposiciones de la ley de Sanidad con los preceptos de las leyes procesales vigentes. Doctrina del Tribunal Supremo sobre la eficiencia del informe pericial médico en materia penal.—*Cap. VIII.* Responsabilidad en que, con arreglo á la ley penal, incurre el perito que presta en juicio un informe falso.—*Cap. IX.* El perito, según el texto del Código penal, es considerado como funcionario público. Responsabilidad en que incurre el perito médico que en juicio presta un informe falso, mediante cohecho.—*Cap. X.* De la dignificación de la clase médica.—*Cap. XI.* De la indemnización á los peritos médicos por su informe ante los Jueces y Tribunales.—*Cap. XII.* Responsabilidad en que, con arreglo á disposiciones del libro 3.º del Código penal, incurre el facultativo que, notando en una persona á quien asistiere ó en un cadáver, señales de envenenamiento ó de otro delito, no diere parte á la autoridad.—*Cap. XIII.* Responsabilidad en que puede incurrir el facultativo en el ejercicio de su profesión por actos ú omisiones ejecutados sin malicia, pero con imprudencia, negligencia ó abandono. Doctrina del Tribunal Supremo sobre la inteligencia y aplicación del texto del Código con relación á los delitos de imprudencia temeraria ó negligencia. *Cap. XIV.* De la intrusión en las profesiones médicas.

Por este índice se comprenderá que se trata de una obra de gran utilidad práctica, que merece lugar preferente en la biblioteca de los estudiosos; por su extensión se presta mal á ser resumida: en

cada capítulo tendríamos que repetir que á los datos históricos más interesantes se unen la legislación moderna y una abundante casuística recogida en los tribunales de justicia españoles, «casos prácticos—dice el Dr. A. Pomar en un análisis sobre esta obra—que impresionan vivamente al lector y harán sin duda volver sobre su lastimoso acuerdo al médico texcepcional que desoiga los gritos de la conciencia ó haya podido creer que las leyes sobre esta materia nunca llegan á cumplirse; esas leyes que suelen aparecer tan suaves ó anodinas para el curandero como severas para el facultativo».

Mejor que analizar esta obra, hemos querido mostrar su contenido; es una labor de estudio y de análisis digna de todo encomio; cremos no equivocarnos al afirmar que *La responsabilidad médica ante los Tribunales de Justicia* constituye un gran acontecimiento en la literatura médico-legal española. ¡Y es para nosotros tan grato registrar un hecho de esta naturaleza!

ANTONIO LECHA-MARZO
Del Laboratorio de Medicina legal de la Facultad de Valladolid.

---

**Anatomie und Mechanismus der Skoliose** por el Dr. Carlos Nicoladoni O. O., Profesor der Chirurgie an der Universität (Graz, Berlin, Wien. 1909.)

La Dirección de la REVISTA IBERO-AMERICANA ha recibido, entre otros, un libro lujosamente editado, que lleva por título *Anatomía y mecanismo de la escoliosis*, por Carlos Nicoladoni.

Tengo la seguridad que si este libro se publica en España, no se vende de él arriba de una docena de ejemplares.

En Austria y Alemania se habrá vendido un número suficiente para compensar los gastos de la edición y aun algo más de añadidura. Y eso que resulta lo que en el *argot* periodístico llamaríamos nosotros un *fiambre*. En efecto; el año 1904 se publicó el trabajo en la «Bibliotheca médica», en lugar de haberse publicado en la «Deutchen Chirurgie», para donde fué escrito. El autor murió el 4 de Diciembre de 1902, y su hermana Enriqueta, piadosa de su memoria, ha editado la obra que me ocupa.

Este solo hecho merece nuestra consideración y simpatia.

Dicen los que analizan los hecho sociales, que en España la conciencia de las gentes está como dormida, y que el indiferentismo más absoluto invade los espíritus. Yo más bien creo, analizando la historia y modo de ser de nuestro pueblo, que esta conciencia nunca se ha formado porque nunca hemos estado en condiciones para ello.

Como en la sociedad rusa, domina entre nosotros una clase ele-

vada dueña de grandes fortunas, que no se preocupa, ni jamás se ha preocupado, de cómo viven los otros, sus semejantes de abajo, y una clase pobre, exageradamente pobre, que permanece en la mayor miseria y abandono. Entre estas dos clases está la llamada clase media, que bien pudiera decirse que vive muriendo y como de milagro, con la penuria de sus escasos medios de vida.

Y he aquí por qué la sociedad española, no de ahora, que empieza positivamente á mejorarse, sino de mucho tiempo acá, viene siendo quizás de las peor organizadas y dirigidas de Europa.

Esta indiferencia nuestra para apreciar lo útil y beneficioso y desechar lo inútil y superficial, no es en el fondo tal indiferencia; es más bien ignorancia y falta de delicadeza en los órganos de Corti intelectuales, para hacer vibrar aquellos que estén en armonía con las impresiones recibidas. Mejor dicho, no hay tal armonía, y por eso no vibran; ó si se quiere en lenguaje más vulgar, nos sucede á los españoles, al no apreciar los matices y distintas manifestaciones de las ciencias y de las artes con aquella finura y delicadeza de sentidos que deben merecer, lo que le pasa al que dice llamarse inteligente y aficionado á la música, por ejemplo, y después de oir una sinfonía de Beethoven bien ejecutada, notamos en su semblante las huellas del cansancio ó quizá le sorprendemos en el más profundo sueño. Decimos entonces que es indiferente, cuando en realidad es un desacomodado, un desacorde, que no tenía su cerebro dispuesto para percibir un determinado orden de impresiones.

La fatal educación nuestra es causa, en las clases intelectuales, de la falta de adaptación á las impresiones hondas, contentándose sólo con superficialidades insustanciales como las que, por lo general, nos han enseñado en los centros docentes, aprendidas de rutina y de pura memoria.

Y dicha esta verdad, amarga para nosotros, de que si este libro se hubiera publicado en español no se hubieran vendido más de una docena de ejemplares, pasemos á analizar la obra.

Divide Nicoladoni su trabajo en seis capítulos. En el primero estudia el esqueleto del escoliósico adulto y la topografía de los órganos torácicos y abdominales.

Esta última parte es la más importante y de más difícil estudio

Las alteraciones anatómicas de las vértebras en el niño y adulto han sido suficientemente estudiadas por multitud de autores, y para no hacer gala de una erudición pueril, no hay más que hojear la Revista de Hoffa, *Zeitschrift für Orthopædische Chirurgie*, *Heilgymnastik und massage* ó *Archiv für Orthopædie*, *Mechanotherapie und Unfallchirurgie*, de Riedinger, y de la primera van publicados veinte voluminosos tomos y seis de los segundos, y se verá que en todos

ellos diferentes autores se ocupan, con más ó menos extensión, de algún punto relativo á la escoliosis, habiendo estudiado la parte anatómica con toda clase de detalles hasta en los perros y cerdos.

Este estudio, pues, no ofrece gran novedad, por ser demasiado conocidas las modificaciones que sufren las vértebras según las fuerzas que las solicitan.

Sin embargo, fuera de algún error de observación, como el consignado en la página 9.ª, en la cual dice el autor, al hablar de las curvas, que la dorsal es siempre la primaria y la lumbar la secundaria, lo cual no es exacto, como yo he tenido ocasión de hacer observar á los compañeros que acuden á mi Dispensario, con ejemplos vivos y palpitantes, no con teorías, á veces deformadoras, de los hechos; fuera de estos pequeños lunares, la descripción anatómica de las alteraciones que presentan las vértebras, es la mejor y más completa que se ha publicado.

Respecto á las alteraciones de posición y, por consiguiente, de funcionamiento de los órganos torácicos y abdominales, los trabajos son de un positivo valor.

Las láminas IV, V, VI y VII tienen el mérito de aclarar el mecanismo de muchos de los fenómenos que se observan en los enfermos de escoliosis avanzada.

No hace mucho tiempo, rogué á nuestro compañero Sr. Yagüe, viera una enferma que presentaba uno de los grados más espantosos de escoliosis que yo he visto. Aquejaba grandes trastornos y molestias abdominales, y de vez en cuando sentía, y siente, vivos dolores cólicos, acompañados ó no de obstrucción intestinal, tan acentuada y persistente en algunas ocasiones, que ya una vez estuve á punto de laparotomizarla si tarda veinticuatro horas más en desaparecer la obstrucción y el tumor estercoráceo que por cima de ella se había formado.

Estas molestias y trastornos yo no los atribuyo á otra causa que á dislocación de las vísceras y á torsiones intestinales.

El conocimiento de estas dislocaciones es de gran interés para poder apreciar multitud de trastornos y estados morbosos que suelen atribuirse á causas muy diferentes.

En el capítulo II estudia los ligamentos, el diafragma, las fascias y el curso de las trabéculas óseas.

En el III, la arquitectura vertebral en la infancia. En el IV, el mecanismo ó modo de producción. En el V, la escoliosis del segmento lumbar. Y en el VI, expone un nuevo trabajo sobre anatomía y mecanismo de la escoliosis.

Concluye Nicoladoni su estudio con el siguiente concepto, que es un resumen de todas sus ideas:

«La escoliosis es una deformidad producida por la acción del peso escéntrico de la columna vertebral, el cual determina un encorvamiento lateral y un reclinamiento de las vértebras, acompañado siempre de torsión en el lado de la convesidad y de una alteración anatómica de las vértebras en los planos horizontal, frontal y sagital que las hace tomar una forma completamente asimétrica.»

Expresado así este concepto general de la escoliosis, por nuestra parte lo encontramos realmente deficiente.

Para que se produzca al encorvamiento lateral de la columna se necesita alguna de las siguientes condiciones.

1.ª Una disminución en la resistencia de los materiales de sostén, ó sea en las trabéculas óseas.

2.ª Una desigualdad en la gravitación de los diferentes segmentos que componen la columna, añadiendo á estos segmentos las masas ó partes del cuerpo que directa ó indirectamente penden ó apoyan en las piezas óseas que vienen á constituir un vástago ó sustentáculo movible, solicitado por presiones y tracciones que deben estar equilibradas.

Y 3.ª Una relajación ó hipotono en las masas musculares escetosas del tronco, que las impide reaccionar con la energía necesaria para volver á colocar las diferentes piezas óseas en su situación primitiva normal.

Esta hipotomía muscular es necesaria para explicar en ciertos casos el mecanismo de estas desviaciones.

Como se ve, las causas sos complejas y múltiples, y las variedades que en la práctica se observan, muy numerosas. No en balde es considerada esta desviación como el verdadero hueso de la ortopedia.

La obra en cuestión lleva un Atlas con XXXVII mágníficas láminas en fotograbado, y al principio un heliograbado con el retrato del autor.

DR. GARCÍA HURTADO

---

**L' Obturation des dents**, por el Dr. C. N. Johnson, traducción de los doctores Paul E. Gires y Georges Robin.

Obra de merecida importancia es la realizada por los traductores que han puesto al alcance de todo el mundo, trasladando á la lengua francesa (casi universal) el notable libro de Johnson, escrito en inglés.

De la tercera edición americana se han servido para hacer la segunda francesa, en la cual existen capítulos completamente nuevos,

habiendo reformado otros que han hecho de este un libro admirable, adaptándole al día.

La claridad y la precisión, aumentadas con un sinnúmero de ilustraciones, es la característica de esta obra, que lo mismo sirve para los principiantes, que como obra de consulta para todo práctico, en cuya biblioteca debe figurar.

En ella se encuentra detalladísimo todo cuanto se refiere á dentistería operatoria, sobresaliendo los capítulos que tratan de la preparación de cavidades y orificaciones; es también digna de mención la parte que estudia los diversos materiales de obturaciones, tales como la amalgama, cementos, gutaperchas, incrustaciones de porcelana y oro, etc., etc. En fin, todo el que quiera vencer dificultades de técnica, y esté al corriente del movimiento actual sobre operatoria odontológica, necesita leer el libro del Dr. Johnson.

Y para terminar, damos nuestra enhorabuena á los Sres. Gires y Robin, por haber traducido este libro y por lo acertadamente que lo han hecho.

DR. LANDETE

# SECCIÓN CLÍNICA ORIGINAL

## NOTAS CLÍNICAS

### EXPLORACION QUIMICA DEL ESTÓMAGO

CONFERENCIA DADA EN EL INSTITUTO DE TERAPÉUTICA OPERATORIA

POR EL DR. R. LUIS Y YAGÜE
Del Instituto Rubio.

(CONCLUSIÓN)

Continuando ahora con la investigación de los elementos normales en el recogido gástrico, debemos ocuparnos de la del moco y los fermentos digestivos, que las más de las veces no se efectúa porque requiere tiempo y material más completo de laboratorio, y, sobre todo, porque según observaciones repetidas, que ha consentido hacer un postulado que se denomina ley, el lab es casi constante y la pepsina existe cuando hay acidez clorhídrica, y aun es proporcional á ésta; lo que se juzga suficiente para la clinica.

La *pepsina* no se puede aislar; es necesario juzgar de su existencia por sus efectos, y se apela para esto á las digestiones artificiales. Para ello se colocan uno ó dos cubos de 5 centigramos de albúmina coagulada de huevo, conservados en glicerina y lavados previamente con agua destilada, en 10 c. c. ó 20 c. c. de recogido gástrico, y se mantiene en la estufa á 38°,5; la disolución debe efectuarse en tres horas, poco más ó menos (Jaworski). El procedimiento seguido comúnmente, sin embargo, es el de Mette, que consiste en la introducción en el líquido de recogido de un trozo de 1 á 1 $^1/_2$ c. de tubos de cristal de 2 mm. de diámetro, como los de linfa de vacuna, exactamente cortado y lleno homogéneamente de ovo-albúmina coagulada, que se lleva y mantiene á la estufa á la temperatura indicada;

la disolución se efectúa en unas dos horas; cuando no lo es, basta medir la cantidad de albúmina digerida. Como la digestión depende, no sólo de la existencia de pepsina, sino de la de ácido clorhídrico que hay en el líquido de recogido, para evitar todo error y deducir datos más exactos, Bouveret ha modificado el procedimiento y, conforme á él, se opera de la manera siguiente: se pone en cada uno de tres tubos 20 c. c. de recogido filtrado; al primero se le deja así; al segundo se le adicionan 20 c. c. de solución acuosa de ácido clorhídrico, y al 3.° 10 centigramos de pepsina; en los tres se introduce un trozo igual de tubo con ovo-albúmina coagulada, y se llevan á la estufa; la digestión debe efectuarse paralelamente y en el mismo tiempo en los tres; si tiene lugar con más rapidez en el segundo, es que en el recogido es insuficiente el ácido clorhídrico, y si se hace más pronto en el tercero, es porque en el analizado hay deficiencia de pepsina.

Grützner ha propuesto, y emplea, la fibrina coloreada, de la cual una pequeña cantidad es puesta en el recogido y llevada á la estufa; se disuelve tanto más rápidamente dentro de cierto límite, con coloración proporcional del líquido, cuanto mayor es su riqueza en pepsina, y al contrario.

Para investigar *el fermento lab,* basta añadir á 5 ó 10 c. c. de recogido gástrico filtrado y cuidadosamente neutralizado 10 c. c. de leche neutra ó anfotera y llevarlo á la estufa, manteniéndolo á 38°,5; la coagulación se efectúa de quince á treinta minutos ó poco más. Pero no es éste el procedimiento generalmente preferido, sino el de Leo, por ser el más sencillo, y que consiste en la adición á 5 c. c. de leche de tres gotas de recogido filtrado; debe coagularse á los pocos minutos en la estufa.

El *labzimógeno* se averigua añadiendo á 10 c. c. de recogido filtrado, y neutralizados con solución de carbonato de sosa que destruye el lab, 3 c. c. de solución de cloruro de calcio y 10 c. c. de leche, y llevando la mezcla á la estufa, donde la leche se coagula á los pocos minutos si hay labzimógeno. Aún es más fácil investigarle calentando 10 c. c. de recogido hasta 70°, con lo que se destruye el fermento lab, adicionándolos 10 c. c. de leche y llevándolos á la estufa; si hay labzimógeno, la coagulación tiene lugar como en el caso anterior.

El *moco* se investiga añadiendo á un poco de recogido preferentemente sin filtrar, unas gotas de ácido acético; la abundancia del precipitado, si le hay, mide la del moco.

Los *elementos anormales* que comúnmente se investigan en el recogido, son la bilis y la sangre.

La *bilis* se reconoce fácilmente, las más de las veces, por el color

verde del líquido extraído cuando la contiene, y debido á la alteración que ésta sufre en contacto del ácido clorhídrico y los de fermentación. Para determinarla químicamente se emplea la reacción de Gmelin, que descubre las materias colorantes de la bilis. Basta para ello dejar caer con precaución, por las paredes de un tubo ó vaso que contenga algunos centímetros de líquido filtrado, un poco de ácido nítrico nitroso; al nivel de contacto de los dos líquidos se forma una serie de anillos coloreados, de los cuales el verde es el característico para el cromógeno normal de la bilis. La misma reacción puede intentarse cuando la cantidad de recogido es muy escasa, impregnando en él un trozo de papel de filtro y echando sobre el mismo una gota de ácido nítrico nitroso, que dará lugar á la formación de los anillos si hay bilis. Los ácidos biliares pueden ser averiguados por la reacción de Pettenkofer, pero no se la emplea nunca.

Cuando hay *sangre* en el líquido recogido, lo denuncia claramente su color más ó menos rojizo uniforme, ó su presencia bajo el aspecto de hilos ó hebras; si esto no se cree suficiente, puede investigarse micrográficamente ó por medios químicos. El microscopio descubre la existencia de glóbulos rojos, y su número mide la cantidad de ella, ó por la investigación por medio adecuado de los cristales de hemina. Ambos procedimientos son empleados, sin embargo, menos corrientemente que los químicos, más rápidos y fáciles de ejecutar. El menos usado y más fácil consiste en la adición de algunos centímetros del líquido filtrado, de dos ó tres gotas de ácido acético concentrado y algunos centímetros de éter acético; por agitación, éste se apodera de la hematina, coloreándose proporcionalmente á su cantidad en rosa á moreno.

La investigación se efectúa, sin embargo, casi exclusivamente por la reacción llamada de Almen ó del guayaco, que consiste en añadir á 3 c. c. de recogido gástrico filtrado, 1 c. c. de tintura de guayaco fresca y 1 c. c. de una mezcla ácido acético-glacial, dos gramos; agua destilada, un gramo; esencia de trementina y alcohol rectificado ana, 100 gramos; agitando se produce con bastante rapidez coloración azul si el líquido contiene sangre. Esta misma reacción puede efectuarse simplemente con la tintura de guayaco y la esencia de trementina, pero puede faltar si en el líquido hay ácido clorhídrico libre.

Estos son los métodos y procederes comúnmente empleados para la determinación del quimismo gástrico, examinado por medio del análisis del recogido de las comidas de prueba; pero hay otros, sin embargo, más ó menos usados, que precisan nos detengamos á decir algunas palabras acerca de ellos.

Lepine primero, y más tarde, y muy entusiastamente, Mathieu, han propuesto el uso de una solución de 20 centigramos de *verde brillante* en un litro de agua destilada, utilizando el que de azu pasa á verde claro, en contacto con líquido de recogido filtrado que tenga poco ácido clorhídrico libre; á verde amarillento ó de hoja muerta con una acidez clorhídrica más fuerte, con decoloración tanto más rápida en ambos casos, cuanto mayor es la acidez, y á verde prado sin decoloración ulterior con las acideces orgánicas elevadas. El procedimiento, como se ve, es bonito y elegante, pero equívoco por lo ambiguo de la diferenciación de tonos, y sobre todo cualitativo, por lo que no cabe comparación alguna con el hecho con el reactivo de Linossier, preciso, claro y cuantitativo.

Leon Meunier, basándose en que no hay proporción fija de ácidez clorhídrica entre los normales y los hiperclorhídricos, concede más valor por su constancia á la averiguación de la *densidad* (normal, 1,022 á 1,040; hiperclorhídricos, 1,007 á 1,019, por abundancia de moco) y de la *proporción de glucosa* existente en el líquido de recogido (normal, 12,50 á 33; hiperclorhídricos, 2 á 10 ú 11) que guardan siempre exacta relación. Pero este procedimiento, embarazoso y difícil, no proporciona ningún dato práctico (G. Lyon), por lo que no es usado.

Sahli y Seiler son autores del procedimiento, denominado por ellos con el nombre, no poco pomposo para ser alemán, de *butirométrico universal*, que consiste en la administración, previo lavado gástrico, de una sopa reciente, hecha con 25 gramos de harina de avena, 15 de manteca y agua hasta obtener 350 c. c., de los cuales se conservan 50 c. c. para comprobación de la grasa que en ella existe; extracción á la hora por expresión; introducción de volumen conocido de agua, que se extrae después de procurar la mezcla homogénea con lo que reste de la comida en el estómago; extracción de éste; titulación de la acidez de los dos líquidos; averiguación por ecuación (Mathieu) del contenido gástrico y por procedimiento butirométrico y cálculo de la cantidad de grasa existente. Este procedimiento, que carece, como se ve, de la sencillez y le falta la precicisión que requiere la clínica, no procura dato alguno que no proporcionen más fácilmente los demás métodos, exigiendo, en cambio, cateterismo largo; muy difícil, sino imposible, de lograr útilmente en la primera sesión, á lo menos en los españoles.

Hayem y Winter han propuesto, emplean y difunden con gran afán el procedimiento que lleva su nombre, y que denominan *método clorométrico*, que exige, en tres cápsulas semejantes, desecaciones, calcinaciones y operaciones múltiples y prolijas, que requieren mucho tiempo, incompatible con la rapidez y sencillez que precisa

en la clínica, y que le hacen «método de laboratorio que no puede ser utilizado más que por un químico de profesión» (G. Lyon), y ni aun con ello sin estar al abrigo de críticas.

Ultimamente, el Dr. Citron ha hecho construir este aparatito (fig. 8.ª), que denominó *Acidímetro,* con el que se opera de modo análogo al albuminómetro Esbach, y que tiene por fin hacer rápida y sencillísima la titulación de las acideces, á fin de que pueda efectuarse en todas partes sin instalación alguna particular de laboratorio. Para ello basta llenar el tubo con recogido gástrico filtrado hasta la letra; añadir una gota del reactivo que acompaña al aparato (y que no es otro que la solución alcohólica de fenolptaleína y dimetilamido azobenzól, á título más intenso que el reactivo Linossier, cuyo nombre no menciona para nada el autor) y después ir añadiendo gota á gota la solución decinormal de sosa, hasta que cambie primero á amarillo (si el recogido tiene acidez clorhídrica libre, pues si no, cambia á amarillo desde que se agrega el reactivo) y luego á rojo; leyendo después las cifras que se encuentran en el tubo al nivel del líquido cuando esto sucede, con lo que se tienen determinaciones análogas á las que antes indicamos. Este método es estimable por lo que tiende á difundir el análisis, pero no puede sustituir al directo hecho con bureta; ante todo, porque como la lejía no se agrega con ella, es muy fácil, y acontece con gran frecuencia, pasarse; y aun sin ello, sus resultados son menos exactos, como puede comprobarse usando comparativamente ambos métodos y la fenolptaleína sola.

Figura 8.ª

Hecha esta sucinta exposición de métodos y procederes, ¿cuál es el que debe elegirse de preferencia, y que precisa tener en cuenta para hacerle más practicable y útil?

Sin duda ninguna, el método elegible es la dosificación cualitativa de las acideces por la lejía de sosa con el reactivo de Linossier.

Es conveniente, sin embargo, dar á los enfermos por escrito la instrucción de la comida de prueba, pues aun con ello, no pocos, sobre todo entre los menos instruídos, suelen hacerlo mal; y preparar en el momento de ir á efectuar el análisis la lejía de sosa, pues ésta se carbonata rápidamente en contacto con el aire, y pierde la exactitud para la titulación. Ésta puede hacerse confeccionar cada vez, ó mejor prepararla valiéndose de los tabloides de «Hidróxido de sodio», que vende la casa Buroughts Wellcome, de Londres; teniendo en cuenta que cada tabloide, de 2 granos ingleses, equiva-

lentes á 13 centigramos, debe disolverse en 32,50 de agua; cantidad bastante para dos ó tres análisis, y que puede ampliarse con tabloides y agua cuanto fuera preciso.

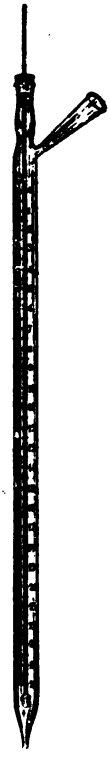


Figura 9.ª

Es también de gran utilidad valerse de la bureta de Geisler (fig. 9.ª), incomparablemente superior á todas las demás, por lo bien que se carga por su embudito lateral, y sobre todo por tener en la parte superior un tapón, atravesando el cual, se desliza á presión suave el vástago cerrador, lo que consiente colocarle á la altura que se estime más conveniente para que caiga la lejía á la velocidad que se desee ó sea necesaria, sin sostenerle con la mano, quedando ambas libres, cosa muy necesaria para operar; ventaja enorme sobre las demás y en particular sobre la bureta Mohr, que es la más comúnmente empleada, y que tiene el grave inconveniente de que, como no se limpie en seguida, se deseca la lejía y no hay manera de hacer correr luego la llave, con inutilización, las más de las veces, de la bureta.

Expuesta así sucintamente la materia, no hemos, sin embargo, de terminarla sin hacer notar que, como dice el ilustre Dr. Carracido, no debe darse á estas operaciones el título inexacto de análisis del jugo gástrico, puesto que no es tal lo obtenido, sino el del recogido de la comida de prueba, como aún lo hacen muy contados. Y que los datos por él obtenidos no son números absolutos de rigidez y precisión matemática, que señalan con números fijos é infranqueables alteraciones químicas y funcionales, que no caben más que dentro de estrechos límites, sino cifras de cierta elasticidad y datos comparativos y no pocas veces interpretables, en su armonía ó disociación, con los demás síntomas ó en las particulares del terreno orgánico sobre que se desenvuelven.

## EXPLORACIÓN DE LA MOTILIDAD

No es posible hablar de exploración del quimismo gástrico, sin exponer, por sucintamente que sea, la de la motilidad, pues aun cuando ésta no deba ocupar el injusto papel que se la asignó de función única interesante del estómago, después del asombro y entusiasmo que suscitó la primera extirpación total del órgano con supervivencia, efectuada por Schlater, es indudable que tiene importancia extraordinaria y, por tanto, valor primordial su averiguación clínica.

Efectúase comúnmente por la sucusión digital y la existencia, extensión é intensidad de colisión hidroárea en el sitio donde la percusión demuestra hallarse el estómago. El ruido así obtenido es denominado de *clapotage* ó bazuqueo; fué señalado por Duplay (padre), estudiado concienzudamente por el gran Chomel y sacado de quicio en su importancia por Bouchard, ilustre como patólogo, pero sin duda ninguna equivocado en la significación que dió á la existencia de este síntoma, tomando como fundamento de su errónea concepción de la dilatación gástrica, base de toda una doctrina médica, hoy, por fortuna, olvidada y originadora subsiguientemente de la concepción terapéutica de la antisepsia gástrica é intestinal, tan inasequible por medios farmacológicos, como nefasta por sus demasías terapéuticas consecutivas cuando trata de conseguirse.

Pero el bazuqueo es muy frecuente y aun casi constante en sujetos sanos, si se les explora después de una comida abundante ó líquida. De aquí que para asignarle valor patológico haya de reunir caracteres particulares; dependientes del momento y sitio donde pueda suscitarse, y que han sido denominados caracteres horario y topográfico. En efecto; si normalmente se suscita su aparición en las dos ó tres horas subsiguientes á las comidas cortas y en las cinco ó seis de las mayores, para que pueda tener carácter patológico, es preciso, ante todo, que pueda provocarse después de estas horas; además, en estos ó aquellos momentos se le produce en la región normalmente ocupada por el estómago; si se lograra hallarle en en cualquier tiempo fuera de ella, su significación patológica será innegable.

Es preciso, pues, que tenga carácter horario extradigestivo normal, ó carácter topográfico ó de situación distinta de la fisiológica. Las más de las veces, ambos caracteres se reúnen ó suman en el mismo sujeto.

Para averiguarle, es indispensable siempre que el enfermo esté en decúbito supino, con las paredes abdominales lo más relajadas posible.

Su límite normal puede considerarse la línea que une los novenos cartílagos costales ó un través por encima de la línea umbilical, pues por debajo de esta línea siempre son anormales, aun cuando pueden no ser patológicos; ejemplo, el de la gastroptose, que siempre se encuentra más bajo de ella por descenso del estómago, y para que pueda tener significación morbosa es necesario que sea horariamente patológico.

Su extensión y su cantidad son también de interés, aun cuando de valor clínico mucho menor. Cuando se logra suscitarle por la mañana en ayunas, sin que en la noche se haya tomado alimento ni

bebida alguna, tiene importancia extraordinaria, pues consiente afirmar, sin duda posible, la existencia de muy acentuada insuficiencia mecánica del estómago.

No puede confundirse más que con el bazuqueo de origen intestinal, y puede diferenciarse de él por la situación más elevada generalmente cuando está en el intestino; la menor extensión, su dirección transversal recta; provocarse más por depresión que por sucusión y acompañarse no pocas veces de gorgoteo. Cuando esto no basta para distinguirlo, el cateterismo corta toda duda, puesto que, vaciado el estómago, no se logra obtener después bazuqueo, y persiste si es intestinal.

La existencia de bazuqueo denota que el estómago no se vacía como y cuando debe, y, por tanto, que hay estancamiento alimenticio por insuficiencia motriz, medible en cierto grado por ser proporcional á él.

El grado de contractilidad de las paredes del estómago puede ser explorado por el proceder de Dehio y Rosembach, que consiste en determinar por percusión el límite inferior del timpanismo gástrico, haciendo ingerir al enfermo, estando sentado, $^1/_4$ de litro de agua templada ó fresca, según la estación del año y el proceso patológico que sufra, y averiguar por percusión, antes y después, el límite inferior del estómago y ver lo que ha descendido, repitiendo la operación una, dos ó tres veces, después de nuevas ingestiones de líquido, según la necesidad, tolerancia y conveniencia. Normalmente, la línea permanece á la misma altura ó con muy escasas diferencias; el grado de éstas, cuando existen, mide el de la deficiencia de contractilidad.

Leube, en 1871, utilizó la sonda gástrica para explorar la motricidad, y la efectuaba haciendo ingerir una comida, compuesta de 400 gramos de sopa, 200 de bisteaf, 100 de pan y 200 de agua, y lavando el estómago horas después, siendo indispensable, para poder afirmar que la motricidad era normal, que estuviera vacío antes de las siete horas de finalizar la comida.

Pero este procedimiento pareció poco preciso, y aprovechándose de la idea de Leube, de utilización de la sonda, trató de mejorarlo Klemperer, usando, como medio indicador, la circunstancia de que las grasas líquidas no son absorbidas por el estómago y son en él muy poco modificadas. Para ello lava el estómago, introduce por la sonda 100 gramos de aceite de olivas, mas 5 (total 105 gramos) por la pérdida que se sufre al hacer la inyección, y le retira por aspiración y lavado; al cabo de dos horas recoge hasta los menores restos de aceite, valiéndose, si es menester para ello, de disolver en éter, evaporándole, después el que quede en el embudo, y le pesa; lo normal

es extraer de 70 á 80 gramos. Klemperer mismo reconocía que el procedimiento era demasiado complicado para la práctica corriente, no pudiendo ser útilmente empleado más que para las averiguaciones científicas.

Buscando el mismo fin, Mathieu y Hallot administran una comida, compuesta de 60 gramos de pan no reciente y 250 c. c. de líquido, en el que entran 10de aceite de almendras dulces, 5 de goma arábiga, 30 de jarabe simple y cantidad suficiente para completar el total, de infusión de té clara; el aceite es íntimamente emulsionado gracias á la goma. A la hora se extrae por la sonda; se introducen 200 c. c. de agua, que se procura mezclar con la que quede de la comida en el estómago; se extrae entonces; se averigua en ambas porciones, por medio del éter, la cantidad de aceite existente, y por la diferencia de acidez, lo que resta de la comida en el estómago, pudiéndose así determinar el estado de la motricidad. Pero tampoco este procedimiento posee la sencillez, facilidad y rapidez que son indispensables á la clínica; de aquí que, á pesar de su pureza científica, no se haya difundido en la práctica.

Ya hemos indicado antes que también carece de ellas el método butirométrico universal de Sahli y Seiler.

Junto á estos procederes mecánicos se hallan los que se basan en la investigación química de determinadas sustancias al eliminarse después de ser ingeridas.

Ewald y Sievers fueron los creadores del método, y para realizarlo daban al enfermo, tres cuartos de hora después de una comida de prueba, un gramo de salol en un sello, y averiguaban el momento de la aparición del ácido salicilúrico en la orina por el color violeta que da en contacto con una solución de percloruro de hierro.

Normalmente, tenía lugar de los cuarenta y cinco minutos á la una hora y cuarto; si aparecía mucho más tarde, se podía afirmar la existencia de insuficiencia motriz proporcional al retardo. Huber afirma, sin embargo, que no es el tiempo que tarda en presentarse lo que tiene primordial importancia, sino la duración de la eliminación, que viene á ser normalmente de veintiséis á veintisiete horas.

Posteriormente, el método ha sido modificado, utilizando otras sustancias, y así, Fleischer emplea la ingestión al principio de la comida de prueba, de una cápsula de gelatina, con 0,10 de iodoformo, que, no siendo soluble en medios ácidos, no se absorbe más que cuando llega al intestino, determinándose por la investigación del iodo en la saliva ó en la orina. En lo común, se presenta de cuarenta y cinco minutos á una hora después, y en la insuficiencia motriz, á las tres ó cuatro horas.

Winhler y Stein prefieren y proconizan la iodipina; Sahli, la formalina en cápsulas de gelatina (glutoides), refractarias á la acción del jugo gástrico y solubles bajo la influencia de pancreático, y Roux y Laboulais, la introducción en el estómago de 400 c. c. de solución de fosfato disódico, que se retira á los veinte minutos, dosificándole.

La sencillez y la elegancia de estos procedimientos no ha sido, sin embargo, suficiente á generalizarlos, porque todos, aunque unos más y otros menos, carecen de precisión y exactitud, por defectos ó errores insuperables y por consecuencia del necesario valor clínico.

Por ello se ha vuelto, y se acepta hoy como proceder preferente para la investigación de la motilidad, el cateterismo con la sonda hecho á tiempo adecuado de una comida de prueba. En todas ellas la cantidad obtenida de ésta, al hacer la extracción para el análisis, sirve para inducir el estado de la motricidad; mas sólo en cierto grado y límite, pues si se quiere tener certeza es necesario recurrir al lavado. Se admite que, dos horas después de la comida de Ewald, debe estar vacío, y retirarse, por tanto, el agua limpia, que hay insuficiencia motriz de primer grado si se obtienen restos algo abundantes ocho horas después de una comida ordinaria, y que existe de tercer grado cuando se los extrae por lavado en ayunas.

Tratando de hacer más ostensibles los restos alimenticios, Straus ha aconsejado hacer ingerir á los enfermos pasas de Corinto, y Bourget ciruelas pasas; sus cutículas tardan mucho en salir del estómago, y no son atacables, por lo que se las aprecia fácilmente.

La prueba de la retención alimenticia no tiene real valor más que cuando se comprueba de doce á catorce horas después de la ingestión alimenticia; y á fin de hacer menos penosa su averiguación, nosotros acostumbramos á proceder del modo siguiente: de ocho á nueve de la noche, ordenamos al enfermo cene una sopa, preferentemente de fideo, por lo fácil que son de ver cuando son retenidos; un huevo, un poco de pan y un poco de pescado blanco, ó rara vez de carne y doce pasas, y sin que haya ingestión alguna, le lavamos al día siguiente en ayunas, de nueve á diez y aun más tarde, con agua templada; si no se obtiene alimento alguno y el agua sale limpia, es que no hay retención; y si se extraen, su cantidad mide el grado de ella; bien entendido, que las cantidades muy pequeñas no tienen real importancia. Determinada así de modo indubitable la insuficiencia motriz graduada, queda sólo el averiguar si es idiopática por atonia del órgano, ó secundaria á la estrechez intrínseca ó extrínseca del pilórico, y cuya naturaleza consiente afirmar las más de las veces la exploración del quimismo gástrico.

Tales son los medios comúnmente empleados para la exploración de la motricidad, puesto que aunque Einhorn ha inventado para ella la ingestión de un aparato especial de bolas, que, una vez en el estómago, se mueven con la masa alimenticia, transmitiéndolo eléctricamente á un aparato registrador, por lo que se conoce con el nombre de gastrófago, fuera de su autor, si lo usa, nadie lo emplea, siendo preferidos por los más ó exclusivamente los que, abusando de su benevolencia, acabo de exponer á ustedes sumariamente.

## UN CASO DE ELEFANTIASIS NOSTRAS DE LA VULVA

Por el Dr. D. Eugenio Gutiérrez
Del Instituto Rubio.

Aunque no muy frecuente la elefantiasis de la vulva, son hoy bastante numerosos los casos que se registran de esta extraña enfermedad en la literatura médica.

Por mi parte, sólo dos veces he tenido ocasión de observarla en treinta años. El primer caso, del cual di cuenta á la Sociedad Ginecológica Española en la sesión del 2 de Junio de 1886, recayó en una mujer de veinteiséis años de edad, plurípara, quien, después del primer parto, notó un tumor en el gran labio derecho de la vulva, el cual fué creciendo en los sucesivos embarazos hasta adquirir una longitud de 20 centímetros, midiendo su circunferencia 54 centímetros y el diámetro del pedículo 36. Esta enferma fué operada por mí el 13 de Mayo de aquel año, y su tumor, que llegaba hasta la mitad del muslo, pesó 2.430 gramos. El segundo caso, cuyas fotografías reproducimos, se refiere á María Fernández, de cuarenta y siete años de edad, viuda, plurípara, natural de Oviedo, que ingresó en la Clínica del Instituto el 21 de Mayo de 1904. Sin antedentes sifilíticos ni tuberculosos, disfrutando de una salud inmejorable, vió aparecer hacía dos años, precisamente cuando se estableció en ella la menopausia, un tumorcito en el gran labio izquierdo, que fué creciendo de un modo gradual hasta adquirir el considerable tamaño que ofrecía el día de nuestro examen, pero que no le producía mas trastornos que el peso y la incomodidad en la marcha y algunas dificultades en la micción.

Colocada la enferma en posición ginecológica, colgaba de la sínfisis pubiana, y como arrancando su pedículo del pabellón clitoridiano, un tumor piriforme (fig. 1.ª), liso en su parte superior, rugoso y como mamelonado en el polo inferior, de color blanquecino en la

porción lisa, y nacarado sucio en la rugosa ó papilar, de consistencia elástica, y que tapaba completamente la región vulvo-perinea. Levantado el tumor, se veían ambos grandes labios extraordinaria-

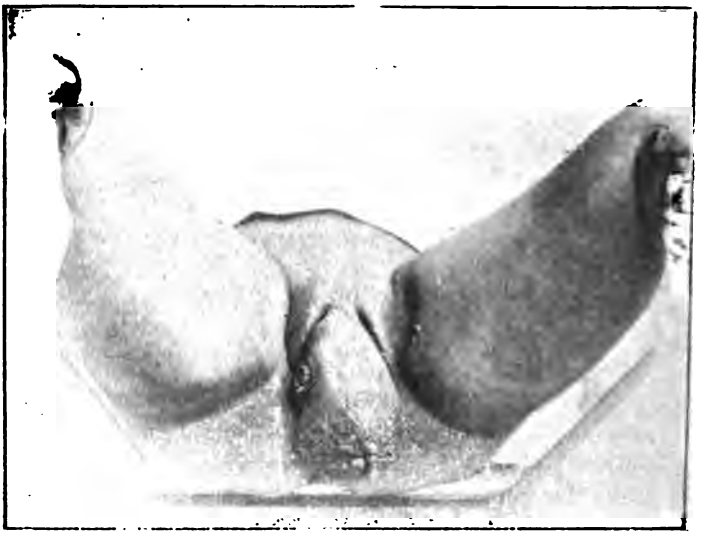


Figura 1.ª

mente engrosados y con caracteres idénticos á los de aquél, pudiendo apreciar que la inserción de su pedículo no sólo correspondía al capuchón clitoridiano, sino también al gran labio izquierdo, hallándose sembrado de mamelones el atrio vulvar y ulcerado é hipertrofiado el meato uretral, que parecía ser asiento de una verdadera úlcera corrosiva (fig. 2.ª).

Esta enferma fué operada el 25 de Mayo de dicho año, circunscribiendo todas las partes elefantiásicas entre dos incisiones curvas que, partiendo de sobre la sínfisis pubiana, terminaban en el ano. Disecando de fuera adentro, y ligando los vasos á medida que se seccionaban, limité por la parte interna la tumoración, incindiendo la mucosa vulvar, á fin de suturarla con la piel sana de los grandes labios, quedando la sutura en la forma indicada en la figura 3.ª Tuve necesidad de extirpar toda la parte ulcerada é hipertrofiada del meato, haciendo luego una autoplastia restauradora.

La herida cicatrizó por primera intención, y la enferma dejó la clínica completamente curada, sin que hasta el presente haya vuelto á resentirse.

En esta enferma, como ha sucedido en casi todas las observadas

hasta la fecha de elefantiasis de la vulva, no ha sido posible señalar la causa del padecimiento, que ni es patrimonio de edad determinada (pues, aunque más frecuente entre los veinte y cuarenta

Figura 2.ª

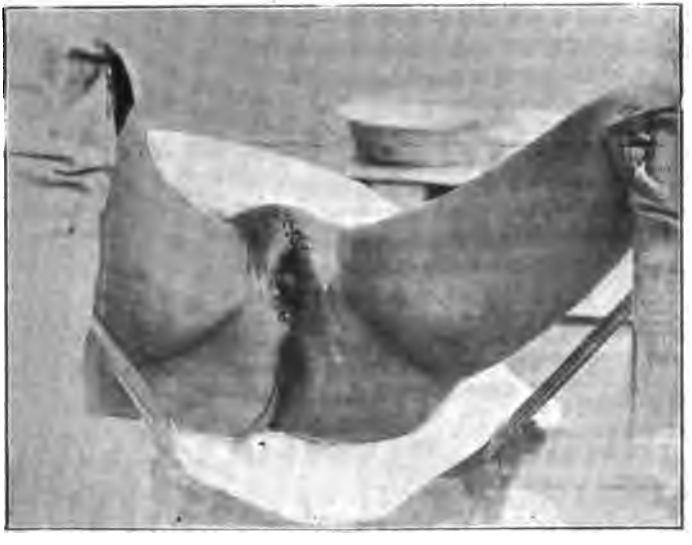


Figura 3.ª.

años, se han visto casos en la primera infancia, en la adolescencia y en la vejez), ni guarda relación con agente determinado, ya que la *filaria sanguinis hominis* á que se atribuía antes la elefantiasis de los árabes, por anidar sus embriones en los vasos linfáticos, obstruyéndolos, no ha sido encontrada en estos casos.

Estamos aún á oscuras en cuanto á la etiología de esta enfermedad. La sífilis que, para algunos autores, como Veit y Bandler, es siempre responsable de las lesiones constitutivas de la elefantiasis vulvar, no ha podido ser comprobada en el mayor número de casos, como no lo fué en los nuestros; ni el tratamiento específico, empleado como piedra de toque, dió nunca resultado. Lo mismo ha ocurrido con la tuberculosis, á la que se han atribuído también las manifestaciones elefantiásicas.

Lo que no puede dudarse es que todo proceso inflamatorio ó infectivo que acarree trastornos en los vasos sanguíneos y linfáticos, predispone á la aparición y desarrollo de la elefantiasis. Para Sabourand, que ha hecho numerosos estudios bacteriológicos á este respecto, la elefantiasis *nostras* es precedida de repetidos ataques de linfangitis, ocasionada unas veces por el estreptococo erisipelatoso ó de Fehleisen, otras por estafilococos, si bien en cinco casos de dicha enfermedad sólo se encontró aquel germen en los diferentes cultivos, y por eso cree que él sea responsable de esta especie de elefantiasis, así como el ematozoario llamado *filaria sanguinis hominis* lo es de la elefantiasis de los árabes.

Pero si es cierto que estos estudios parece que resuelven la cuestión etiológica, no debe olvidarse que otros investigadores han encontrado gérmenes distintos (Renon el neumococo, Bureau el bacilo pseudo-diftérico), y muchos no han podido descubrir ningún microorganismo responsable en los casos observados. Por la misma razón no se concede importancia etiológica al traumatismo, á la blenorragia, á la herencia, etc.

La aparición de la elefantiasis cuando existen alteraciones en los ganglios linfáticos regionales, indujo á Koch á pensar que el bubón supurado ó la extirpación de los ganglios linfáticos femorales, ó simplemente la alteración de éstos por eczema crónico de las extremidades inferiores ó por infecciones ocurridas en los órganos genitales externos, podían ser causa de dicha enfermedad. Pero no es posible admitir una oclusión de los conductos linfáticos y un edema consecutivo que dé lugar á las lesiones persistentes demostradas en la elefantiasis; pues los éxtasis linfáticos y los edemas que observamos en los grandes labios algunas veces á consecuencia de operaciones plásticas vulvo-vaginales, si en algún momento presentan el aspecto de la elefantiasis en sus comienzos, desaparecen para no dejar

huella al cabo de más ó menos tiempo. Es, por tanto, esta hipótesis causal, tan insegura como las demás enumeradas.

Las alteraciones demostradas por el microscópico en los cortes practicados en algunos trozos del tumor extirpado, y de los que dan idea clara las adjuntas microfotografías, se reducen á lo siguiente:

Aumento desigual en el espesor del epidermis córneo, muy considerable en algunos puntos, sobre todo á los lados de las fisuracio-

Figura 4.ª

nes de la piel, confundiéndose con el estrato granuloso, cuyos elementos celulares han perdido en su mayor parte los caracteres distintivos, sufriendo la transformación queratínica, habiendo desaparecido su núcleo, y no ofreciendo su escaso protoplasma en muchos de ellos las granulaciones de eleidina.

El estrato germinativo es asiento de una actividad extraordinaria, que revela cómo á sus expensas aumenta el espesor del estrato medio, y se forman prolongaciones de éste, que limitan después grandes papilas.

Y particularidad digna de anotar, que también ha sido observada por Traina y Marconi en un caso semejante: en el espesor del

estrato medio aparecen numerosos espacios en la parte más próxima al estrato germinal, fig. 4.ª (A, A, A y B), limitados por una hilera de los mismos elementos celulares de éste, contra lo que indican dichos autores, y cuyos espacios tienen distintas formas—ovoides,

Figura 5.ª

redonda, alagarda,—estando alguno en sus comienzos relleno de otros elementos celulares en desintegración.

El tejido del dermis está infiltrado, edematoso y surcado de numerosos vasos y de grandes espacios linfáticos, viéndose alrededor de unos y otros una proliferación extraordinaria, fig. 5.ª (A), microcelular y leucocitaria, á la vez que muchos vasos ofrecen sus paredes muy engrosadas, hallándose su luz disminuida en unos, obliterada en otros.

Parecen alteraciones vasculares determinadas por un proceso irritativo, sin que podamos fijar sus causas, ya que hasta la fecha no resulten positivas las supuestas, por cuanto les falta el carácter de constancia para todos los casos.

# UN CASO DE ARRANCAMIENTO DEL MENISCO INTERNO DE LA RODILLA

POR EL DR. J. RIOSALIDO

Del Instituto Rubio.

Por los últimos días de Febrero, otro compañero de este Instituto presentó en nuestro Dispensario un enfermo como de unos cuarenta y tantos años, alto, fuerte, con tipo de labriego, que andaba difícilmente apoyado en un bastón, y que, sometido á nuestro interrogatorio, dijo:

Que en el mes de Mayo del pasado año, estando trabajando en una huerta, y estando en la posición de rodillas, por ser más cómoda para la labor que hacía, rápidamente se levantó y rápidamente también sintió un *chasquido* en la rodilla derecha, acompañado de un dolor vivísimo; intentó andar, y le fué tan penoso, que tuvo que solicitar la ayuda de otros compañeros para llegar á su casa.

Estuvo en cama doce días con la rodilla aumentada de volumen, con muchos dolores y con gran dificultad para flexionarla; pasado ese tiempo, después de haber visto disminuir la tumefacción, amenguarse los dolores y serle más tolerables los movimientos, anduvo; pero anduvo siempre con cuidado, siempre con la ayuda de un palo, pues bastaba el más pequeño tropiezo en una piedra, ó un movimiento brusco de su rodilla para que resurgiera el primitivo dolor, volviera el derrame articular y apareciese de nuevo mayor dificultad funcional; síntomas todos que desaparecerían otra vez con seis ú ocho días de reposo en cama; sucediéndose estas alternativas de enfermedad articular y aparente bienestar, cuantas veces hacía un exagerado movimiento con su rodilla y cuantas veces ponía á ésta en dieta de función.

Pero vivir siempre meditando detenidamente, cada vez que pisaba con su pie derecho, para evitar un tropiezo, era angustioso, y aunque no era creído por sus parientes (como á ellos no *les dolía*, y la pierna estaba igual que la otra), él resolvió salir de esta situación, y vino á Madrid buscando alivio en nosotros.

Oído lo referido anteriormente, mandamos que descubriese sus dos rodillas, y nada de anormal notamos en la derecha con relación á la izquierda.

Exploramos, abrazando con el pulgar y el índice la interlínea articular, mientras al enfermo ordenábamos doblar y extender la rodilla, y tampoco nuestros dedos pudieron apreciar nada; no así el paciente, que acusó un dolor localizado en un punto antero-interno de la referida interlínea.

Diagnosticamos de cuerpo extraño intrarticular, y le propusimos la intervención; él se prestó á ella, y el día 1.° de Marzo la hice, agradeciendo á nuestro maestro el Dr. Hurtado el ofrecimiento que me hizo del caso para que yo lo interviniera.

Se preparó al enfermo con todos los minuciosos cuidados de asepsia que requieren las intervenciones articulares. La articulación quedó al descubierto mediante una incisión larga que costeaba el borde interno del tendón del triceps, rótula y tendón rotuliano; incisión que comprendió piel, fascia superficial, aponeurosis del vasto interno y cápsula. Flexionamos la rodilla, reversamos el tendón rotuliano, y en el borde inferior de la rótula vimos una franja sinovial hipertrofiada, que la hubiéramos creído causante de todo el mal, si al proceder á su extirpación no hubiéramos tropezado con la vista, antes que con las tijeras, con la disposición anómala del menisco interno. Este lo vimos replegado sobre sí mismo y escondido en la fosa intercondílea; conservaba sus dos inserciones, anterior y posterior, y, sin embargo, presentaba un extremo libre, señal de haber sufrido un desgarro y consecutivamente la luxación. Desatamos su inserción anterior, juntamente con la masa célulo-adiposa que le separa del ligamento rotular, y nos llevamos los dos tercios anteriores del fibro-cartílago; quedaba el otro fragmento, que se mantenía sujeto por su inserción posterior, y que extirpamos también, aunque con más trabajo que el primero.

Y... no habiendo más que hacer, procedimos á suturar. Se hizo con catgut la sutura de la cápsula y aponeurosis, y con crin de Florencia la de la piel. No pusimos desagüe ninguno. A los diez días, quitábamos los puntos: á los quince, practicábamos ligeros movimientos pasivos, así como un suave masaje articular para favorecer la absorción del derrame que se produce en todo traumatismo operatorio de la sinovial, y el día 21 de Marzo salía el enfermo del Instituto sin dolores, moviendo ligeramente su rodilla, pero ayudado con muletas, para ser vigilado en el Dispensario Mecanoterápico, durante cuatro, cinco, seis semanas, el tiempo que creamos necesario.

*Pequeñas consideraciones.*—Se ha producido esta desgarradura del cartílago semilunar interno (que aparece doble número de veces roto que el externo), de una manera idéntica á como la describen los libros, al levantarse el sujeto después de haber permanecido en cuclillas, problablemente con una rotación de la pierna flexionada hacia afuera, y al nivel de su inserción con el ligamento lateral interno.

Acaso esa preferencia del interno con relación al externo para luxarse y desgarrarse, sea debida á que todo sujeto que pasa de la actitud de rodillas á la de pie, siempre rueda hacia fuera su pierna;

al mayor descenso del cóndilo interno de fémur; á los vínculos internos (ligamento lateral y cruzado posterior) que se hallan más tensos, comparados con los externos, siempre más flojos y laxos; á esta misma tirantez reforzada en la rotación externa por perder el paralelismo ambos ligamentos laterales, mientras que en la rotación hacia dentro el ligamento externo, que siempre baja hacia atrás, entonces se dirige adelante, haciéndose paralelo con el interno. Sea debido á esto ó á lo otro (en ningún libro he leído razón ninguna), los hechos demuestran que el menisco interno se rompe y se luxa mayor número de veces, efectuándose el desgarro al nivel de su inserción con el ligamento lateral interno.

Pusimos en la *hoja clínica* cuerpo extraño intrarticular, porque la historia del enfermo era la de un *algo* que se interponía en las superficies articulares, al practicar un exagerado movimiento, y despertaba aquél vivo dolor, fuera este *algo* una franja sinovial, un resto de cartílago, un precipitado de fibrina coagulado; pero nunca creímos fuera el menisco, pues aunque por la producción del mal caía dentro de la historia de la luxación del fibro-cartílago, no sentimos en la exploración el saliente de éste cuando flexionamos la rodilla, ni su huída y escape al extenderla, juntamente con que ni el dolor era tan vivo que á éste siguiera el desvanecimiento, ni nunca el paciente hizo la maniobra de reducción del menisco con algunos movimientos de su rodilla; práctica seguida por todos los enfermos para poder seguir andando. Durante la operación vimos que no podía dar más síntomas que los de un cuerpo extraño articular, estando como estaba el cartílago semilunar roto, replegado y escondido en la fosa intercondílea.

De dos distintas maneras proceden los cirujanos cuando dan con un fibro-cartílago que ha perdido su situación normal: unos se muestran más partidarios de la *meniscopexia* ó sutura del menisco reducido á la cápsula y periostio de la tibia; otros, de la excisión ó ablación de todo el cartílago semilunar. Aquéllos dicen que con la ablación del cartílago la articulación adquiere escasa movilidad, continúa la claudicación y aparecen algunos signos de artritis deformante; los otros, en cambio, aseguran que, practicando la *meniscopexia*, hay siempre el temor de que sobrevenga una recidiva al más pequeño esfuerzo, y se termine por donde debió principiarse, extirpando el cartílago. Pero unos y otros, si ven un menisco roto, alterado, desprendido desde hace tiempo, siempre lo extirpan.

Bruns, de 75 casos operados, en 24 practicó la excisión y en 11 la sutura. Kocher, Kectly y Lardy prefieren la excisión. El mismo Panzat, defensor de la sutura, la reemplaza por la ablación cuando el fibro-cartílago lo encuentra profundamente alterado.

Por lo tanto, nosotros, fundándonos en la práctica seguida por otros cirujanos, no tuvimos ningún género de duda sobre el proceder que habíamos de seguir ante un cartílago semilunar, rote desde un espacio de tiempo de diez meses; lo extirpamos, y ahora esperamos, después de someter al enfermo unas cuantas semanas á las prácticas de masaje y movimientos, restablecer la función de una articulación, que era sana, al parecer, para el vulgo, pero inútil para el desgraciado enfermo (1).

---

## UN CASO DE PLEURESÍA PURULENTA

Por el Dr. D. Julio Carro

Del Instituto Rubio.

El día 10 de Marzo se presentó en la consulta de Cirugía de Niños del Instituto Rubio, dirigida por el Dr. Lozano, una niña de dos años de edad, sin antecedentes hereditarios dignos de mención. Hacía cuatro meses que había padecido de sarampión, y solamente mes y medio, un ataque de eclampsia seguido de tos persistente; la madre de la enfermita nos dió, como dato muy valioso para la historia, que la niña, desde hace varios días, prefería acostarse sobre el lado inquierdo.

Reconocida la paciente, pudimos observar, por inspección, que la circunferencia torácica era algo mayor en el lado izquierdo que en el derecho, resaltando una marcada asimetría del tórax; los espacios intercostales eran algo menos perceptibles en el lado afecto; en la columna vertebral se aprecia una ligera escoliosis, cuya convexidad mira al lado izquierdo. La parte enferma toma menos participación en los movimientos respiratorios.

La palpación permite que nos demos mejor cuenta que por la inspección, del cambio de forma é inmovilidad del lado izquierdo; si con los dedos pretendemos deprimir los espacios intercostales, observamos que su tensión está ligeramente aumentada con relación al lado sano; además, la presión ejercida sobre la piel del lado izquierdo deja una leve depresión; el corazón se encuentra algo desviado hacia la derecha, puesto que el punto máximo del latido

---

(1) Últimamente hemos tenido noticia de este enfermo. Nos dicen que anda sin ayuda de bastón, y que hace su vida ordinaria de hortelano, sin molestia ninguna en su rodilla.

cardíaco lo apreciamos en el borde izquierdo del esternón y algo más bajo que normalmente.

La percusión nos da á conocer una gran zona de insonoridad ó macicez, que se extiende por arriba algo por encima del ángulo inferior del omoplato; en esta zona de insonoridad, el sonido mate es más oscuro á medida que avanzamos de arriba abajo; además, el sonido timpánico normal del espacio de Traube está sustituído ó reemplazado por macicez, y, por último, la percusión en la parte anterior del tórax, inmediatamente por debajo de la clavícula del lado izquierdo, da una sonoridad de tono algo elevado.

El síntoma más marcado que nos suministra la auscultación, es la atenuación del ruido respiratorio. En el espacio inter-escápulo-vertebral percíbese un soplo, durante la espiración principalmente, al final de la misma.

Ante una sintomatología tan clara y evidente, no pudimos diagnosticar otra cosa que derrame pleural del lado izquierdo. No puede tratarse de un hidrotórax, porque este padecimiento resulta, ya de una dificultad de la circulación torácica, esto es, de una afección cardíaca ó pulmonar; ya sobreviene en el curso de una caquexia, y se acompaña de otras hidropesías, además que de ordinario, aunque no forzosamente, es doble, y afortunadamente para ella, la niña no presenta trastornos cardíacos, pulmonares ni renales, capaces de producir tal estado. Más difícil es poder asegurar que no se trata de un quiste hidatídico de la base del pulmón, porque los signos son exactamente los mismos que los de una pleuresía; tanto, que clínicos eminentes han sufrido error en el diagnóstico, y solamente una punción exploradora podría sacarnos de dudas; pero la aparición, relativamente rápida, de la deformidad torácica, habiendo sido precedida de tos, que apareció, como ya he dicho anteriormente, en los días siguientes del ataque de eclampsia, y el tratarse de una localización relativamente rara del quiste, y más en una niña de tan corta edad, nos permite eliminar este diagnóstico, aunque teniendo en cuenta la posibilidad de que la punción previa que practicamos antes de someter á la paciente á una intervención, no pudiera darnos un desengaño, de esos que son relativamente frecuentes en la clínica, y que al fin en este caso sería pequeño, porque ya contamos con la huéspeda. La pericarditis con derrame se diferencia del derrame pleurítico en que, aparte de la macicez, tiene su sitio diferente, los ruidos cardíacos son oscuros, siendo, por consiguiente, el error difícil.

El diagnóstico causal es, sin duda alguna, mucho más difícil. ¿Se trata quizá de una pleuresía tuberculosa? Desde luego podemos afirmar, de una manera absoluta, que no es un derrame pleural evi-

dentemente tuberculoso, porque la niña no presenta síntoma alguno sospechoso de tuberculosis, aunque sin negar terminantemente el hecho de que el bacilo de Koch pueda ser el responsable de tal derrame, porque hoy se sabe positivamente que muchas de las pleuresías llamadas esenciales ó primitivas, desarrolladas en personas fuertes y de buena salud, son tuberculosas. ¿Podrá ser una pleuresía purulenta? Probablemente, y este ha sido nuestro diagnóstico después de reconocer á la enfermita. Nos fundamos para pensar así, teniendo en cuenta, por una parte, que las estadísticas demuestran claramente que la pleuresía purulenta en los niños es muy frecuente, probando la de Netter, que por bajo del quinto año de la vida son purulentas las tres cuartas partes de las veces, del 5 al 10 por 100 la mitad, y del 10 al 15 por 100 la tercera parte, siendo mayor el número de las pneumocócicas, siguiendo en frecuencia las estreptocócicas, y por último, las estafilocócicas, siendo raras las tuberculosas, que tan frecuentemente se presentan en el adulto.

Otro dato que nos hizo pensar en la purulencia del derrame, era el ligero edema que se observaba al deprimir el tórax con un dedo, además de la consunción rápida de la niña. La niña no tenía fiebre, pero muchas pleuresías purulentas, y más aún en los niños, se desarrollan sin elevación térmica. La punción que se practicó momentos antes de la intervención, nos confirmó claramente el diagnóstico de pleuresía purulenta, y probablemente de pneumococos, por los caracteres del pus, que era espeso, verdoso, bien trabado. Así lo confirmó el análisis del pus, practicado en el laboratorio del Instituto Rubio por el Dr. Spreáfico, que encontró «unos cocos, agrupados en diplo y en cadenas cortas, que tienen el aspecto y reacción de coloración de los pneumococos». Podría extrañarnos el ver que se trata de una pleuresía purulenta á base de pneumococos, sin haber padecido la niña, á lo menos claramente, pneumonía anterior; pero no nos sorprenderá la confirmación de tal diagnóstico, si recordamos que la pneumonía pasa, á menudo en el niño, sin ser notada, aparte de que está perfectamente demostrado la existencia de pleuresías pneumocócicas primitivas.

Una vez hecho el diagnóstico claro y evidente de pleuresía purulenta, se comprende la necesidad de la intervención. Cabe que se discuta la urgencia de la operación en una pleuresia sero-fibrinosa, pero de ninguna manera tratándose de una purulenta, porque creo yo que debe ser un precepto de cirugía: que, siempre que exista pus en alguna cantidad y en sitios accesibles al bisturí, debe ir el cirujano á su busca para darle salida ampliamente; y, obedeciendo á este principio, no pensamos siquiera en una curación espontánea, ni aun en practicar una simple toracentesis, sino que, para cumplir mejor el

más fácil desagüe y completa evacuación del pus, practicamos la toracotomía con resección parcial de la novena costilla, en la parte comprendida entre el ángulo del omoplato y la línea axilar posterior, saliendo unos 500 gramos de pus, cuyos caracteres dejamos indicados. El curso post-operatorio ha sido tan favorable, que no hubo complicación alguna, cerrándose completamente el trayecto fistuloso al mes de la intervención.

# SECCIÓN CIENTÍFICA ORIGINAL

## ALGO SOBRE LOS EFECTOS NOCIVOS DE LOS RAYOS ROENTGEN EN LA ECONOMÍA ANIMAL

POR EL DR. SATURNINO GARCÍA HURTADO
Del Instituto Rubio.

Desde hace ya algún tiempo, á poco de iniciarse los estudios con los maravillosos rayos Roentgen, empezó á notarse en los radiólogos y en los que estaban expuestos á la acción directa de estos rayos, varios efectos, algunos de ellos sumamente desagradables.

La prensa nos comunicó que un profesor de Paris perdió la mano derecha por estar sometido á la acción de estos rayos, después el brazo, y, por último, la vida. Otro compañero de Londres sufrió también la amputación de la mano derecha; estuvo á punto de perder la izquierda, y, por fin, tuvo que privarse de manejar estos rayos, pensionándole varias justas personas, á fin de que el resto de su vida pudiera descansar.

Pero los efectos nocivos de estos rayos los han sufrido multitud de médicos y enfermos, y es conveniente que, analizando lo que de cierto haya sobre esta materia, sepan los incautos á qué atenerse y no pongan su vida imprudentemente en peligro, al menos de una manera inconsciente.

Este trabajo, pues, va dedicado especialmente á los incautos y á los despreocupados. A los primeros, que pecan por ignorancia y ligereza, y á los segundos, que lo hacen por no creer que pueda existir más que lo que directamente ven y comprenden, persuadiéndose sólo cuando han sufrido el palmetazo de la experiencia.

El principal efecto nocivo de los rayos Roentgen consiste en que, si bien los tejidos se dejan atravesar por estos rayos, gran cantidad de ellos son absorbidos por estos mismos tejidos, actuando principalmente sobre las células y núcleos celulares, dando lugar á una necrobiosis precedida de un proceso reactivo inflamatorio, tanto más intenso, cuanto más efecto han causado en la vitalidad de los elementos primitivos celulares.

Perthes ha hecho un estudio sobre la capacidad de los diferentes

tejidos para dejarse atravesar por estos rayos. Practicando averiguaciones sobre la sangre, bazo, cerebro, músculos, piel y fascias, ha encontrado, por ejemplo, empleando tubos semiblandos, que á un centímetro de profundidad se conserva solamente del 50 al 60 por 100 de la intensidad primitiva; á dos centímetros, de 35 á 40; á los cinco centímetros, solamente del 20 al 30 por 100; lo restante es absorbido por los tejidos, en los cuales ejercen su nefasta acción.

Guilleminot, del mismo modo, ha observado que el hígado y el bazo absorben los rayos, dejando sólo pasar en el primer centímetro el 42 por 100; en el segundo, el 33 por 100, y en el tercero, el 25 por 100. Los pulmones y el tejido celular tienen un menor poder de absorción.

Bordier ha estudiado la absorción de los rayos emitidos por un tubo duro, en los músculos, ganglios y tejido celular, encontrando en el primer centímetro el 63 por 100 de la cantidad total, en el segundo, el 53 por 100, y en el tercero, el 43,4 por 100.

Absorbiendo la piel gran cantidad de rayos, prodúcense diferentes grados de quemaduras, que Holzknecht y Kienböch dividen en cuatro estadios.

*Primer grado.* Tiempo latente: cerca de tres semanas. Degeneración sin reacción inflamatoria, descamación, depilación; reabsorción de tejidos patológicos, *restitutio ad integrum.*

*Segundo grado.* Período latente: dos semanas. Síntomas como en el primer grado. Ligera reacción inflamatoria, sin formación de vesículas. Curación *ad integrum* sin formación de cicatriz.

*Tercer grado.* Período latente: una semana. Síntomas, como en el segundo período, con formación de vesículas, esfoliación, humedad. Curación con alteraciones atróficas.

*Cuarto grado.* Período latente: media semana. Síntomas, como en el tercer grado, con necrosis. Curación con cicatriz, después de la formación de una piel lisa.

Dicen algunos de los autores que de esto se ocupan, que las quemaduras producidas por los rayos Roentgen tienen un curso muy parecido á las quemaduras ordinarias.

Por mi parte puedo decir que, en este punto, desgraciadamente, soy un caso, uno que ha sufrido por mucho tiempo los efectos nocivos de estos rayos, antes que todas estas averiguaciones formaran un cuerpo de doctrina, por haber empezado á manipularlos poco tiempo después de su descubrimiento.

Las quemaduras producidas por los rayos Roentgen, ó mejor, las alteraciones que se producen en la piel de los que están expuestos á estos rayos, no son tan semejantes ni tan parecidas, como algunos suponen, á las quemaduras ordinarias.

Ante todo, conviene hacer constar que, para producir estas modificaciones en cualquier individuo, es necesaria una exposición demasiado prolongada ó la repetición constante de muchos días á esta exposición. Por eso han prestado un excelente servicio los interruptores modernos, que han abreviado extraordinariamente el tiempo de exposición.

En los enfermos sometidos á la acción de estos rayos, con un fin de investigación diagnóstica, no he observado, hasta la fecha, efectos nocivos en ellos.

¿Pero habrá algunos sujetos tan susceptibles á estos rayos en quienes con una exposición ligera se determinen modificaciones profundas en sus tejidos?

Los efectos que yo he observado sobre mi persona, por estar sometido durante algunos años á la acción indirecta de estos rayos casi todos los días por espacio de media ó una hora, han sido los siguientes:

Primero, tuve una temporada con palpitaciones de corazón, insomnio y malestar general, que no sabía á qué atribuir. Posteriormente, se presentó un eritema en la piel del dedo gordo de la mano derecha. Este eritema persistió más de un año, hasta que un día, teniendo que sostener con las manos la cabeza de un niño en determinada posición para hacer una radiografía del maxilar inferior, y estando más de un cuarto de hora expuesto á la acción de los rayos, por exigir en aquel entonces una exposión larga las radiografías del cráneo, pelvis, etc., empecé, á los tres días de esta exposición, á sentir un calor urente en la mano derecha. Poco á poco empezó el dermis de la cara palmar de la mano y dedos á infiltrarse, con aumento de calor local y una gran reacción inflamatoria en toda la mano. A los ocho ó diez días, los tejidos de la cara palmar empezaron á esfacelarse. El epidermis engrosado se desprendía en grandes trozos, y el dermis que aparecía debajo, de un color oscuro, presentando toda la mano por la cara palmar un aspecto violáceo, semejante al de la gangrena húmeda que empieza á iniciarse.

En efecto; una gangrena era, en realidad, por destrucción de los elementos celulares y muerte de grandes cantidades de tejidos. La mano toda ella estaba hinchada, negra por la parte palmar y desprendiendo un olor á cadáver repugnante, á pesar de la esencia de violeta con que impregnaba los apósitos por el exterior. Con mucho cuidado, y valiéndome de pinzas muy finas unas veces, y otras con tijeras, iba con la mano izquierda desprendiendo y cortando los trozos de tejido esfacelado. Las noches las pasaba durmiendo muy poco, con dolores intensos, y llegó una época en que la gravedad era tal, ó al menos á mí me lo parecía, que empecé á tomar mis medidas

para ver cómo podía ganar el sustento para mi familia y para mí con la mano izquierda sola. Días amargos pasé en aquella época. Por fin los tejidos profundos, que iban apareciendo, empezaron á tomar aspecto de granulación ordinaria, y al cabo de unos tres meses pude ver, á Dios gracias, la mano restaurada en la cara palmar.

¿Qué había, pues, aquí sucedido? Pues una necrobiosis, una destrucción de todos los elementos celulares que habían absorbido gran cantidad de rayos X, y una destrucción ó alteración de los elementos nerviosos tróficos ó que presiden la nutrición.

El tratamiento que empleé fué el siguiente: gasas esterilizadas cubriendo la mano, algún baño de agua hervida sola, ligeramente caliente, prescindiendo por completo de antisépticos de todas clases, y teniendo mucho cuidado con que la esterilización de todos los materiales de cura fuera lo más perfecta posible. Una vez restablecido el dermis y epidermis de la cara palmar, quedaron grandes cicatrices debajo de una piel muy fina, con manchas sonrosadas de diferentes tamaños, diseminadas en la cara palmar y formadas por multitud de vasillos.

Con ejercicios de los dedos en aparatos apropiados, y masaje de fricción y vibratorio, he podido restablecer por completo la función de la mano.

En la yema del dedo pulgar de la mano izquierda tuve también algunas quemaduras. Se formó una gran ampolla que comprendía toda la yema. Debajo se notaba alguna fluctuación. La cara dorsal del dedo estaba anestesiada. Poco á poco la ampolla fué desapareciendo, tomando el dedo un color achocolatado muy parecido al que presenta el de los fumadores. Posteriormente se renovó el epidermis, quedando el dedo normal.

Todas estas modificaciones se produjeron en el transcurso de varios meses.

Una vez que se ha sufrido alguna de las consecuencias desagradables de la acción de los rayos Roentgen, parece que el organismo, en lugar de acomodarse y hacerse más resistente á sus influencias, se hace, por el contrario, mucho más sensible y delicado; al menos yo soy hoy mucho más susceptible á su acción que lo era antes.

Creo también, que no sólo los que directamente se exponen á la acción de los rayos que emanan de la ampolla de cristal, están expuestos á sufrir modificaciones más ó menos profundas en los tejidos, sino los que indirectamente están expuestos á la acción de estos rayos; es decir, que, efecto de la gran tensión que la bovina desarrolla, prodúcense unas condiciones eléctricas especiales en la habitación donde se encuentran, y ciertos individuos sienten males-

tar general, opresión, palpitaciones de corazón, algo, en fin, todavía no bien definido y estudiado, pero no por eso menos efectivo y real.

En lo que se refiere á los malos efectos de los rayos X sobre algunos enfermos operados de neoplasias malignas, conviene precisar bien las observaciones y hablar claramente, tanto á los cirujanos como á los radiólogos.

Vamos á tomar algún ejemplo, que es lo que más nós enseña, de los que hemos observado en nuestra práctica.

Vienen, de tiempo inmemorial, los cirujanos operando los carcinomas de la mama ó de cualquier otra región, con la circunstancia agravante de que no se dé un solo caso de carcinoma que, como sea tal, no se reproduzca. Si esto es así, como positivamente lo es, ¿por qué se empeñan los cirujanos en operar los carcinomas?

Hay otra circunstancia más agravante todavía. Carcinoma operado, carcinoma reproducido con una evolución más intensa, más rápida que sin operar.

¿Pero es cierto que de algunos carcinomas que comienzan muy localizados, si se operan, puede el enfermo curarse sin reproducción?

Creemos que positivamente esto es cierto.

Luego la dificultad está en saber cuándo debe operarse una neoplasia.

Una vez la neoplasia bien establecida y ramificada, se hace un grandísimo perjuicio al enfermo operándole, porque se muere antes que sin la operación y en medio de los más espantosos sufrimientos.

Observadores muy experimentados aseguran que hay una variedad de neoplasias, cuya malignidad aumenta extraordinariamente después de la operación.

En cambio, otros aseguran que si la neoplasia es benigna, con la extirpación podemos cambiar su evolución, tomando un crecimiento mucho más aberrado el tejido infiltrado ó afecto que ha pasado desapercibido en el acto operatorio ó que ha sido imposible extirpar.

Estos casos se observan muy frecuentemente en la práctica.

Para otros observadores, tumores al parecer semibenignos, fibromas, lipomas, adenomas y linfoadenomas, pueden, en desconocidas condiciones, tomar una evolución sarcomatosa, que hubiera podido evitarse con la extirpación.

En resumen: que nos encontramos delante de una serie de problemas casi totalmente desconocidos, y que nuestras investigaciones deben dirigirse á aclarar en lo posible el diagnóstico, curso y evolución de las neoplasias.

Pero limitándonos á las neoplasias operadas, ¿qué pasa á los en-

ermos que son sometidos á la acción de los rayos Roentgen después de la operación?

Lo que yo he visto ha sido lo siguiente:

En pequeñas neoplasias, como epiteliomas de los labios ó nariz, tratados después de la extirpación por los rayos Roentgen, si la neoplasia comenzaba y se había hecho la extirpación por tejido sano, he visto algún caso tratado por los rayos X después de tres años de no reproducción. Si estaban ya afectos los ganglios inmediatos, la neoplasia se reproducía exactamente, como sucedía antes de la aplicación de estos rayos.

En las neoplasias extensas, como en los cánceres verdaderos de la mama, la aplicación hecha por mí de estos rayos sobre pacientes ha determinado lo siguiente: la última enferma operada y tratada así, fué la señora de un querido compañero nuestro, el doctor Laforga. Se hizo la extirpación del pecho izquierdo. La tumoración estaba infiltrando toda la glándula. Era dura; el tipo del escirro. Seguí paso á paso la evolución del padecimiento desde la operación. A los quince días, antes de cicatrizar la herida operatoria por su parte inferior, empezó á ulcerarse la piel. En la parte superior apareció un nódulo duro, que fué creciendo. Le sometí á la acción de los rayos Roentgen con un tubo semiblando, colocado á treinta centímetros de distancia del pecho operado durante diez minutos.

Al principio, las sesiones fueron cada dos días. Luego, cada tres ó cuatro. La enferma notaba, la noche de la aplicación, una mayor molestia, tirantez y calor en la herida; después grandes dolores, que se aplacaban algo al día siguiente; pero, enferma de gran tenacidad, voluntad y fe, acudía con exactitud y hacía todo cuanto se la indicaba. Sin embargo, el estado de la herida no mejoraba nada; los sufrimientos eran continuos y horrorosos; empezó á perder el color sonrosado de las mejillas y á marcársele en la cara las huellas de un hondo sufrir. Yo no sabía ya qué hacer con ella. Temía que le perjudicase la acción de los rayos; deseaba vivamente poner todo cuanto estuviera de mi parte para aliviar los sufrimientos.

Fuimos á ver un compañero muy perito en aplicaciones eléctricas. Creyó que los dolores desaparecerían con las corrientes de alta tensión y las fulguraciones. Se sometió á este tratamiento. El primer día, y durante la aplicación, cesó toda molestia, y se encontraba bien. A las seis ú ocho horas empezaron otra vez los dolores. En los días sucesivos, los dolores se acentuaban con las fulguraciones. Se había producido un eritema en toda la piel de la región afecta. El estado de la enferma era deplorable; los sufrimientos, llevados á un período de exacerbación tal, que propuse á los parientes más

cercanos la *eutanósia,* es decir, darle una dosis grande de morfina, lo suficiente para que cesara por siempre todo sufrimiento. A mi amigo también se lo inicié, pero no se atrevieron á practicarlo. Por fin la enferma, en la situación más angustiosa y desesperada que yo he conocido, dejó de existir á los once meses de la intervención operatoria. Tan agobiados estábamos todos con el peso de esta desgracia, y la pobre enferma nos tenía tan impresionados con sus sufrimientos, que cuando supimos la triste noticia de su muerte, sentimos la impresión de alivio como si levantaran una carga insoportable que sobre nosotros gravitaba. Tal es todavía nuestra egoísta y poco sufrida condición humana.

En éste, como en otros casos parecidos, he visto que la operación ha perjudicado de un modo extraordinario el curso del padecimiento. Creo que cada uno debe decir y exponer sencillamente lo que piensa. Resultarán muchas veces grandes disparates; pero, en cambio, otras, la realidad ó los hechos han venido á confirmar las primitivas suposiciones.

He pensado mucho acerca de la naturaleza y evolución del cáncer. Creo que van equivocados los rumbos de la investigación actual, y el padecimiento se origina por influencias todavía desconocidas que determinan una alteración en los elementos celulares en el sentido de un crecimiento desproporcionado y aberrado.

Los tejidos todos de la economía crecen y evolucionan desde el claustro materno al estado más avanzado de vida en proporciones determinadas, con arreglo á una pauta preestablecida y transmitida por herencia. La renovación constante de todos los elementos celulares se verifica merced á un freno ó regulador de estos movimientos nutritivos, que es el sistema nervioso llamado trófico ó de nutrición, inventado por la necesidad de explicar estos fenómenos nutritivos, aun cuando nadie, que yo sepa, pueda decir á punto fijo el mecanismo íntimo de esta regulación.

La razón nos dice que debe existir un regulador de los cambios nutritivos y reproducción celular, y que este regulador no debe ser otro más que el sistema nervioso; al menos hoy no podemos admitir otra cosa, aun cuando mañana viniera á demostrarse, por ejemplo, que los nervios no hacen más que transmitir un fluido, ser unos conductores de algo que debe propagarse; pero que, así como últimamente se ha visto que las hondas herzerianas, por ejemplo, se transmiten sin conductores, sin lo que nosotros creíamos necesario para la transmisión de las energías eléctricas, y decimos que se transmiten por el éter (concepción hipotética), quizá en los tejidos existan propagaciones de energías llevadas por otros caminos que los conductores actuales nerviosos.

Por lo pronto, las energías llamadas psíquicas se transmiten á distancia de un modo indudable, y son capaces de producir los fenómenos más estupendos que puedan imaginarse.

Los amigos de estas cuestiones pueden leer las obras del doctor Otero Acebedo, y los donosos comentarios hechos á ellas por el fundador de esta REVISTA, D. Federico Rubio, en los tomos I y II de la misma.

Pues bien; pudiera ser que la aparición del cáncer no significase otra cosa que una falta de regulación en la reproducción de los elementos celulares, los cuales se reproducen sin tino y sin medida, invadiendo los tejidos próximos, avanzando, dejando sin función territorios diversos, produciendo *in situ* sustancias no conocidas, que paralicen la acción reguladora nerviosa y que, absorbidas por los linfáticos y vasos sanguíneos á otros sitios distantes, puedan determinar, en las partes donde se fijan, la misma pérdida de regulación nutritiva, con el cortejo anejo de absorción de sustancias tóxicas desprendidas por el funcionamiento celular.

Si esto pudiera ser así, la acción de los rayos Roentgen en los tejidos resultaría ciega, es decir, sin poderla por ahora graduar, y determinante en algunos casos de fenómenos muy parecidos á la evolución cancerosa, quizá por destrucción del freno que regula la evolución celular. Así se han dado ya casos en los cuales se ha determinado el cáncer por las aplicaciones repetidas de rayos X.

Resulta, pues, hoy muy aventurado y expuesto el tratamiento por estos rayos de las neoplasias malignas, y, hasta nuevas averiguaciones experimentales, lo prudente será someter á los enfermos con grandes precauciones á la acción de estos rayos, ó no someterlos.

La acción de estos rayos resulta poco más ó menos tan ciega como la del bisturí, en el sentido de que si éste no puede realizar la extirpación completa de la neoplasia maligna, por ser imposible limitar la extensión de la misma, aquéllos destruyen ó pueden destruir grandes territorios celulares, produciendo extensas necrobiosis, y en algunos casos sumando una acción grandemente nociva á la ya existente de la neoplasia.

# EL A B C DEL EXAMEN FUNCIONAL DEL INTESTINO EN LA PRACTICA DIARIA

POR EL DR. ROBERTO S. KOLBE

De las Facultades de París y de Lausanne. Excatedrático de la Facultad de Medicina de Buenos Aires. *Médico Consultor en los baños de Châtel-Guyón (Francia).*

El A B C del examen funcional del intestino en la práctica diaria se compone de los elementos siguientes:

1.° Necesidad de métodos de investigación simples, aplicables en todas partes por cualquier médico, sin necesidad de un bagaje científico ni de un arsenal.

2.° Un régimen de ensayo racional de laboratorio.

3.° Un análisis coprológico después de este régimen de ensayo y su lectura.

4.° La aplicación de las enseñanzas coprológicas para la dietética y el tratamiento farmaceútico de las enteropatías funcionales.

Ensayaremos en un resumen corto á dar una idea general sobre dichas cuestiones, no indicando en este esquema más que los enteropatías funcionales, que, por cierto, con frecuencia se asocian con afecciones inflamatorias.

Estas, por otra parte, concluyen por crear enfermedades orgánicas del dominio de la Medicina, á veces, de la misma Cirugía.

### 1.°—Necesidad de un método del examen clínico simple, aplicable por todo médico.

Como modelo, puede servirnos la experiencia del cateterismo gástrico con fines diagnósticos, ya consagrado en la gastropatología. Sin embargo, el problema de las funciones intestinales es mucho más complicado que el gástrico. En el estómago, cuentan como funciones en rigor tan sólo la movilidad y la secreción, mientras que la absorción es mínima; además, por el cateterismo gástrico podemos, en cualquier momento, interrumpir el trabajo digestivo y someter el contenido gástrico á un exámen químico.

El problema del estudio clínico de las funciones intestinales es más complicado. Estas funciones son más complejas y más unidas entre sí; la absorción intestinal es una función importantísima. En cambio, el cateterismo intestinal para el diagnóstico es imposible. Como se ha hecho poco á poco para el diagnóstico funcional del estómago, hay que simplificar el método del exámen intestinal por medio de reacciones simples, contando con la cooperación del mismo enfermo en dicha investigación.

El método de *Schmidt*, que hemos adoptado (1), satisface á dichas condiciones, pues no exige en la mayoría de los casos más que diez minutos de tiempo, no supone preparación científica especial, y, basándose en primer lugar en el *examen macroscópico*, puede hacerse en todas partes y con la colaboración del enfermo mismo cuando éste ha sido adiestrado para estos fines.

Según nuestra experiencia personal, los enfermos se prestan con buena voluntad al examen cuando ellos saben claramente su importancia y los puntos cardinales de la investigación.

### 2.°—Un régimen de ensayo racional.

*Un régimen de ensayo racional* es condición indispensable para el estudio de las funciones normales y patológicas del intestino, sabiendo de antemano que los componentes son perfectamente digeridos por aparato digestivo normal; puede juzgarse por el déficit cualitativo y cuantitativo de la digestión, del desarreglo patológico de una ó varias funciones digestivas.

Un régimen semejante, comprobado en la clínica, es el *régimen* de*Schmidt* y *Strasburger*. Hay dos fórmulas para dicho régimen. Una para los *enfermos ambulantes*; otra para los *enfermos hospitalizados* ó para aquellos en los cuales se quiere conocer detalles de la *insuficiencia cuantitativa* de la digestión.

#### RÉGIMEN DE ENSAYO PARA EL EXAMEN FUNCIONAL DEL INTESTINO (FÓRMULA GENERAL)

*Para enfermos ambulantes.*

**Madrugada:**

Medio litro de leche,
ó de té (con mucha leche, si es posible),
ó de cacao (ídem íd.),
á tomar con pan, manteca de vaca y un huevo pasado por agua (la clara apenas coagulada).

**En el curso de la mañana:**

Un plato de sopa de avena, preparada con leche, azucarado ó salada á voluntad, y pasada por un tamiz.

En lugar de esta sopa de *avena*, puede tomarse otra de harina de trigo ó de cebada.

(1) *L'Examen fonctionnel de l'Intestin par le Régime d'Épreuve, son application à la pratique journalière et ses résultats pour le Diagnostic et la Thérapeutique* par le profesor Ad. SCHMIDT. Traduit et annoté par le Dr. KOLBÉ (*de Châtel-Guyon*), 5 frs. Vigot fréres, éditeurs. París.

**Medio día:**

Un cuarto de libra de carne de vaca, sin grasa, bien picada y asada ligeramente en su superficie con manteca de vaca (la carne debe quedar cruda en el interior).

Además, una porción regular de puré de patatas, pasada por un tamiz fino, preparada con leche ó manteca de vaca.

**Tarde:**

Como por la mañana, pero sin huevo.

**Noche:**

Medio litro de leche ó un plato de sopa como en la mañana. Pan con manteca de vaca y uno ó dos huevos revueltos ó pasados por agua (muy poco cocidos).

La elasticidad de dicho régimen es muy grande, tanto más, que puede invertirse el orden y puede asociarse una comida con la otra. En ciertos casos, puede permitirse un poco de vino tinto, café con leche, muy claro, ó caldo al medio día y un poco de ternera picada por la noche.

RÉGIMEN DE ENSAYO (FÓRMULA DETALLADA)

*Para la clínica y para los ensayos de utilización.*

(Régimen de tres días.)

**Madrugada:**

Medio litro de leche y 50 gramos de bizcocho.

Si la leche es mal tolerada, se puede reemplazarla con medio litro de cacao, preparado de la manera siguiente: polvo de cacao, 20 gramos; azúcar, 10 gramos; leche, 100 gramos; agua, 400 gramos.

**Durante la mañana:**

Medio litro de papilla de avena, compuesta de 40 gramos de puches de avena, 10 gramos de manteca de vaca, 200 gramos de leche, 300 gramos de agua, con huevo y un poco de sal. Esta papilla debe ser pasada por un tamiz.

**Medio día:**

Ciento veinticinco gramos de carne de vaca, picada, sin grasa, pesada al natural; asada en la superficie, muy ligeramente, con 20 gramos de manteca de vaca, de tal manera, que el centro del bolo de carne quede crudo.

Doscientos cincuenta gramos de puré de patatas, pasado por un tamiz fino, preparado con 190 gramos de patatas cocidas, 100 gramos de leche, 10 gramos de manteca de vaca, un poco de sal.

**Tarde:**

Como por la madrugada.

**Noche:**

Como durante la mañana.

Esta alimentación de ensayo está, pues, compuesta del modo siguien-

te: medio litro de leche, 100 gramos de bizcocho, dos huevos, 50 gramos de manteca de vaca, 125 gramos de carne de vaca, 190 gramos de patatas, 80 gramos de puches de avena. Encierra, próximamente, 110 gramos de albúminas, 105 gramos de grasa y 200 gramos de hidrocarburos, ó sea un total de 2.247 calorías. Con este valor energético se puede hacer frente á la nutrición equilibrada de un adulto en *estado de reposo.*

**3.°—Análisis coprológico después del régimen de ensayo y su lectura.**

La cámara del tercer día, á contar desde el principio del régimen de ensayo, sirve para el examen coprológico. En caso de estreñimiento, se hace tomar una lavativa evacuadora el segundo y el tercer día con agua hervida, ó mejor con agua destilada, calentada á la temperatura de 38 á 40 grados centígrados. En caso de diarrea, hay que recoger en la misma época de cada día, y por varios días seguidos, parte de las cámaras líquidas, para contrabalancear hasta el mínimum los errores de interpretación.

El *régimen general* puede, pues, ponerse en práctica en todas partes. Las críticas, justificadas hasta cierto punto, sobre complicación culinaria ó intolerancia para la leche, hechas á la *fórmula* del *régimen detallado*, deben ahora lógicamente callarse. Una *delimitación de la cámara del régimen* por la ingestión de una materia colorante (carmín), es innecesaria; el transporte de la cámara ó de una parte de ella se hace en un recipiente transportable cualquiera, ó mejor en un vaso de dulce de conserva, que suele tener un cierre hermético, con una roldana de caucho. Por nuestra parte, preferimos dar á nuestros enfermos un estuche de perfumería, conteniendo un frasco con boca ancha, de capacidad de 30 á 50 centímetros cúbicos. El trasvaso del de la materia fecal al frasco se hace por medio de una cucharadita adjunta, como las empleadas para la mostaza en la mesa (que se devuelve después del uso), ó con la ayuda de un cartoncito cualquiera, plegado en dos, ó con una carta de un juego defectuoso de naipes. Estos juegos de naipes se consiguen en las boticas; son inútiles para la venta, pero son utilizados corrientemente para el envase de pomadas. El médico hará bien facilitando todos estos accesorios al enfermo. Muy cómodas son una especie de *cápsulas de Petri*. Estas cápsulas son herméticamente cerradas, acompañadas de una cucharita de cristal; se encuentran en los catálogos de instrumentos, bajo la denominación de *Copróscopo de Boas*.

El examen coprológico debe hacerse sobre deyecciones muy recientes. Cuando no se tiene un laboratorio, se hace la primera parte del examen en el Water-Closet.

La *cámara normal* del individuo sano, es decir, la deposición proveniente de la alimentación de ensayo, se reconoce fácilmente á *simple vista*. En general, es la segunda después del comienzo de la dieta de ensayo. La *cámara normal* es de consistencia firme y homogénea, de color pardo claro; tiene un olor «fecaloideo» moderado, y, por supuesto, NO es acompañada de *ningún ingrediente patológico* (*muco, parásitos, concreciones*, etc.).

Triturando una porción de esta cámara (del tamaño de una avellana), previamente revuelta en un mortero de porcelana de unos 12 centímetros de diámetro, con pequeñas cantidades de agua, agregadas paulatinamente hasta obtener una consistencia siruposa, *la mezcla no debe tener ninguna partícula que sobrepase el tamaño de una cabeza de alfiler*. Estos corpúsculos son restos indigeribles de los cereales y del cacao del régimen.

*Todo lo que se diferencia de lo descrito ahora en el examen macroscópico, antes y después de la trituración con agua, es patológico.*

En ESTADO PATOLÓGICO se encuentran á simple vista en la cámara diluída *restos alimenticios, no digeridos por cualquier insuficiencia de la función digestiva (dispepsia intestinal ó gastro-intestinal)*, *productos patológicos* de la *pared intestinal* y de los órganos limítrofes (mucus, pus, sangre) y productos extraños, *formados* en el *interior del cuerpo* (formación de piedras, cálculos hepáticos, endo parásitos, etc.), ó *penetrados de afuera* (cuerpos extraños, *ecto-parásitos accidentales*, etc.).

Para resolver algunas dudas sobre estos productos patológicos, hay que recurrir al microscopio y alguna reacción química. La bacteriología no presta reales servicios, como en las enfermedades epidémicas (cólera, disentería, fiebre tifoidea, tuberculosis). Por lo demás, la importancia bacteriológica se ha exagerado muchísimo; su técnica suele ser complicada.

Importante y de ejecución fácil es la *prueba de la incubadora*. Tiene por objeto reconocer la tendencia de la cámara á la *putrefacción* ó á la *fermentación*. En caso de fermentación (dispepsia intestinal fermentativa, etc.), se impone un régimen carnívoro y graso; en caso de putrefacción, hay que prescribir un régimen de hidrocarburos. Por más que la prueba se llama *prueba de la incubadora*, no hay necesidad absoluta de ella. Basta poner el *frasquito de fermentación de Strasburger* ó de *Baurmeister* en un sitio templado, entre 35 á 40 grados centígrados, durante veinticuatro horas, para poder juzgar de la reacción.

No pudiendo desarrollar en un artículo conciso la cuestión en detalle, no insistiremos sobre la técnica microscópica y química. Entre las reacciones químicas conviene conocer la de la *albúmina disuel-*

*ta*, pues ella indica un *proceso inflamatorio intestinal;* las *dispepsias alimenticias no dan en el adulto casi nunca esta reacción.*

He aquí, pues, un dato semeiótico de enteropatología muy importante y muy sencillo para diferenciar la función normal y sus deficiencias dispépticas de los procesos inflamatorios. Esto sin recurrir á utensilios costosos de laboratorio y sin necesidad de aprender una serie de reacciones complicadas.

En realidad, el *examen macroscópico, hecho en la forma descrita,* es la parte más importante del examen coprológico. Los examenes microscópico, químico y bacteriológico son secundarios, y no tienen en la mayoría de los casos otro objeto que confirmar y precisar el examen macroscópico.

**4.°—La aplicación de las enseñanzas coprológicas para la dietética y el tratamiento farmacéutico de las enteropatías funcionales.**

Cuando en las cámaras *aparece* el *tejido conjuntivo* y *tendinoso* de la carne ingerida del régimen, indica infaliblemente la *presencia* de un *déficit gástrico,* que suele ser una *aquilia* ó *hipoquilia,* pero puede también ser otro desarreglo. A menudo hay entonces una *flora intestinal gástrica* y una *enteropatía gastrógena.*

De donde se desprende una lección terapéutica.

La supresión de la carne, bajo la forma de carne cruda, semicruda ó ahumada, como suele darse erróneamente el jamón en el régimen dietétito de las gastro-enteropatías.

En las diarreas de origen dudoso y de larga duración conviene ensayar el ácido clorhídrico, pepsina, etc., lavados del estómago.

En presencia de una *esteatorrea de origen hepático*, no hay que temer la alimentación grasa y la putrefacción.

En las *esteatorreas pancreatógenas* hay con frecuencia putrefacciones y azoturia clara. Las *enteropatías pancreatógenas secretorias funcionales* (*aquilia pancreática*) suelen ser *secundarias* de una afección gástrica. Se impone, pues, también en estos casos una medicación gástrica, y mientras tanto, opoterápica por el *Pancreon.*

La ingestión de grasas en las enteropatías funcionales no está, pues, por regla general, tan contraindicada como se creía antes.

La coprología nos ha enseñado que las *dispepsias,* que consideramos con frecuencia *como funcionales*, y las *diarreas nerviosas,* son, en realidad, *estados catarrales más ó menos claros,* que exigen una terapéutica y dietética prudente. En ellas vale más la medicación astringente que la antiséptica. Entre los agentes astringentes

habría que exigir, si fuera posible, *alimentos astringentes*, tales como la *Somatose láctea*.

La coprología nos ha demostrado también que la tuberculosis intestinal no implica necesariamente una digestión muy difícil; que una ulcerita, por sí sola, puede dar lugar á una hipermovilidad. De ahí que un régimen muy severo no siempre está indicado.

Una *regla dietética general* es la siguiente: *en los estados catarrales del intestino* hay que *elegir una alimentación antipútrida, no irritante* y *de fácil digestión, á base de sopas mucilaginosas y preparadas con leche*. Otra regla es la siguiente: *hay que suprimir* ó *titular la alimentación* según la *capacidad digestiva mórbida individual*, y *reemplazar* los *alimentos indigestos* por otros *isodinámicos digestibles*.

En la *dispepsia intestinal de fermentación* (*amilorrea*), que *Schmidt* y *Strasburger* han identificado como un *desarreglo secretorio del intestino delgado*, hay que suprimir los amiláceos al principio, y más tarde hacer una *posología amilácea*, según la *tolerancia individual*.

En el *estreñimiento habitual* hay *hipomotilidad secundaria á una perturbación secretoria*. En ella, una medicación con una sustancia *hidratante*, *indigestible é imputrescible ó aséptica*, puede prestar grandes servicios.

Una de estas sustancias es, por ejemplo, el *agar-agar*, bien conocido en los laboratorios de bacteriología y empleados en la *China* y el *Japón* como sustancia reguladora de la defecación. Este *agar-agar*, preparado de una manera especial, se encuentra en el comercio, bajo el nombre de *Regulin* ó bajo el de *Thaolaxina* ó *Agarase*.

No hablaremos de muchas otras enseñanzas de la *coprología después de un régimen de ensayo*, y mucho menos sobre la importancia de ella en el diagnóstico de la helmintiasis y las enterorragias ocultas, tumores, etc. Esta parte del tema nos llevaría demasiado lejos.

Conste que el A B C, en coprología clínica, es tan fácil y tan provechoso, que debe generalizarse la lectura con este alfabeto semeiológico; en los casos ordinarios, bastan con diez ó quince minutos de tiempo por enfermo, y se obtienen datos que recompensan largamente en la ordenación difícil de una dietética y medicación farmacológica racionales.

# LA CRÍTICA Y LA DUDA EN LOS ENAJENADOS

POR EL DR. ABDÓN SÁNCHEZ-HERRERO
Director del Sanatorio del Pilar; de la Beneficencia municipal, por oposición.

La crítica (para el sujeto cuerdo) es un procedimiento, un medio, un camino. Su punto de partida es la duda. Su meta es la evidencia. La palabra *duda* procede del griego *Doios*, que significa *doble*. Porque el dudoso vacila entre dos proposiciones contradictorias ó entre los dos aspectos de una misma idea. Y las palabras de otras lenguas tienen mucho parecido con la voz citada. Así, en latín, es *dûbîum*; en italiano, *dubbio*, *dubbietá*; en portugués, *duvida*; en provenzal, *dopte*, *dubte*, y en catalán, *dubte*. Se ve que la idea que envuelven esos vocablos es la misma. La duda, invadiendo el campo de la voluntad, se llama *indecisión*, y es uno de los males mayores para colectividades ó individuos. Bien lo expresó el apóstol al decir, usando una imágen bellísima: *El hombre que duda es semejante á la onda del mar movida por el viento, que va de un lado para otro.*

Analizando la inteligencia en sí, veo que á lo más que se atreve el dudoso es á formular conceptos. La duda la definiría diciendo: es la imposibilidad de formar juicio. Cuando Descartes dijo que cada individuo debía, por lo menos una vez en su vida, desechar las opiniones recibidas, para reconstruir por la reflexión el edificio entero de sus ideas, partiendo de la base: *pienso, luego existo,* dió por demostrado que de la duda en que yace el ignorante, se sale mediante la ciencia, para llegar á la verdad. Luego los enajenados, cuyo entendimiento se perturba por falsa apreciación del mundo exterior y de sí mismos, presentarán alteraciones del sentido crítico, y la duda unas veces se exagerará hasta constituir todo el síndrome (*enfermedad de la duda*), y otras será un síntoma de buen augurio (*remisiones de la Paranoia*), según demostraré á su tiempo.

En la locura alucinatoria se ve bien la disminución del sentido crítico. Para el que sufre alucinaciones auditivas, por ejemplo, lo que él oye es una realidad; no admite discusión en este punto. Recuérdese la respuesta de aquel enfermo á Esquirol, citada en las obras clásicas: *Decís que la voz que yo oigo no existe; entonces yo diré que tampoco existe la voz con que me habláis; ambas tienen para mí una realidad igual.* No puede expresarse de una manera más clara la imposibilidad en que el paciente se encuentra de distinguir la imágen falsa de la verdadera. Y como esta distinción es obra de la crítica, resulta evidente lo que atrás indiqué. No había

en este sujeto incertidumbre ni vacilación; era una afirmación escueta. Aquí la duda hubiera sido un buen signo. Si se hubiera preguntado: ¿Me equivocaré? Fácilmente se le hubiera demostrado que sí.

En la Paranoia de invenciones ocurre algo semejante. Las ideas delirantes se arraigan en la conciencia, y son tomadas como verdades. El discutir en estos casos es nocivo; sirve para aferrar más al paciente á su delirio. Un ejemplo acabará de demostrarlo: Cierto paranoico francés tenía la pretensión de haber resuelto el problema del movimiento continuo. Deseando convencerle un amigo caritativo, ignorante de la Psiquiatría, pensó si acudiendo á un sabio que le probase con razonamientos científicos la falsedad de sus ideas, se obtendría la curación de su delirio. A los pocos días de pensado, visitaron á M. Arago, el célebre astrónomo, quien se tomó el trabajo de dar con este motivo una lección de Mecánica á sus oyentes. El paranoico le oyó como un neófito pitagórico, sin decir palabra. Mas apenas puso el pie en la calle, exclamó: *Yo estoy en lo cierto y Arago se equivoca.*

En la Paranoia persecutoria, la crítica puede decirse que no existe, y no hay la menor duda sobre ninguna de las ideas constitutivas del delirio. Así, á un sujeto á quien yo asistí en mi Sanatorio del Pilar, se le ocurrió lo siguiente (se hallaba en el segundo período del mal): 1.° Que un tal R., rico propietario inglés, con el que no había hablado nunca mientras vivió en aquel país, y al cual sólo había oído nombrar, era su único amigo (*falso*). 2.° Que se interesaba vivamente por su suerte (*falso*). 3.° Que estaba gestionando fuese declarado el paciente ciudadano británico (*no había tal cosa*). 4.° Que dicho R. se hallaba en correspondencia con dos abogados madrileños, de los mejor reputados, para conseguir el castigo de los perseguidores del enfermo (*ni siquiera los conocía*). 5.° Que si había alguna resistencia para sacarle de España, R. acudiría al embajador inglés (*y esto lo decía en el tono del convencimiento*). 6.° Que llegado á Londres, R. le presentaría en la mejor sociedad, recomendándole especialmente. Y 7.° Que para dar prueba plena del afecto que le profesaba, R. lo prohijaría (!). Había que verle y oirle hablar de estas ideas. Se iluminaba su rostro con el fuego del entusiasmo; sus ademanes eran vivos, y no cesaba de describir la felicidad que en Inglaterra le esperaba. ¿Quién era capaz de contrariarle en aquellos instantes? ¿Cómo llamarle al mundo de la realidad, cuando tan á gusto se encontraba en el dominio de la quimera? ¿Hubiera sido prudente hacerlo? ¿Hubiera sido científico? Yo nunca me atreví, y creo que el lector, en mi caso, hubiera hecho lo mismo. Creo que el ejemplo citado será suficiente para revelar cómo está la crítica en la Paranoia persecutoria.

Tengo ahora en el Sanatorio un joven de unos veinte años, afecto de melancolía angustiosa, cuya historia detallada, muy instructiva por cierto, bajo los aspectos científico y moral, me propongo publicar más adelante. Si lo cito en este sitio, es por un defecto de crítica que he observado en él. Este muchacho nunca ha tenido sitofobia; come mucho. Como consecuencia, se ha puesto más grueso que estaba al ingresar. Se le ha abultado el vientre. Pues bien: él cree que este aumento de volumen de su abdomen se debe á que se le hincha por efecto de los baños que está usando. Y no cesa de decir mientras está en el agua: *Yo me hincho; sacadme, que me hincho.* Es inútil tratar de demostrarle que no hay tal efecto; que es imaginario. No hace caso ninguno.

En la locura alcohólica, que es del grupo de las tóxicas, se resiente también la crítica, y el enfermo se halla dudoso y entregado á múltiples cavilaciones sobre su pasado. Uno de ellos dijo, al empezar el desorden intelectual, que estaba cubierto de gusanos, y había cierto fundamento orgánico, porque en su casa—por indicación del médico encargado de su asistencia—se le había puesto un vejigatorio en la pantorrilla izquierda, y el malestar y dolor que allí experimentaba, irradiándose á todo su organismo (por el estado de debilidad que tenía cuando yo le observé), fué el origen de la idea delirante de los gusanos, que suponía se arrastraban por su cuerpo. A esto hay que agregar que pudo influir en su génesis la *zoopsia,* propia del *delirium tremens,* es cierto, pero que no deja de advertirse en otros trastornos psíquicos de los alcohólicos. Este enfermo, aparte de estas y otras ideas delirantes, tenía muchos momentos de lucidez, durante los cuales contestaba acorde á las preguntas y se daba bastante cuenta de su situación.

En el delirio de los degenerados (locura degenerativa de algunos autores) he apreciado los caracteres que ahora diré: 1.° Abandono de los deberes profesionales, sin temor á las consecuencias que puedan sobrevenir, de las cuales no se aperciben, por la profunda lesión del sentido crítico. El enfermo á quien en este momento me refiero, abandonó la guardia sin esperar el relevo; se trataba de un segundo teniente de infantería, que debía haber comprendido á lo que se exponía, dada la severidad de las ordenanzas militares. 2.° Falta de cálculo para su porvenir y escasa preocupación por sus intereses materiales. El joven en cuestión, que no contaba con más recursos que los que le proporcionaba su carrera, decía hallarse cansado de ella, y pensaba dedicarse á la agricultura, asunto para el cual carecía de preparación teórica y de habilidad práctica. 3.° Uno de los puntos más importantes para el diagnóstico de esta clase de locura, es la manera de desenvolverse el instinto genésico, ya que

éste es *la base orgánica de la vida del sentimiento.* Este individuo había sido onanista precoz, y á este vicio, muy arraigado en él, atribuye su familia la aparición de esta incurable afección, que ha inutilizado á un sér en plena juventud, arrebatándole á un brillante porvenir. 4.° Siempre hay antecedentes hereditarios. En su familia han muerto locos varios parientes, algunos—según mis noticias—paranoicos. Luego se trataba de un degenerado por herencia, de esos que estudió tan bien Magnan. También puede haber contribuído algo á la aparición de la locura en este caso concreto, el hecho de haberse dedicado á leer obras de alta filosofía, en lugar de estudiar materias relacionadas con su carrera, que le habrían sido muy útiles para sus adelantos profesionales. Y es que nunca se adaptan al medio en que viven. 5.° Ideas extrañas y profesadas con tenacidad. De sus estudios filosóficos sacó la consecuencia de que una de las causas de degeneración de la humanidad era el uso de la carne como alimento. Y desde aquel punto y hora no volvió á probarla, abusando, en cambio, de las legumbres; consiguiendo, con esta determinación absurda, debilitarse en sumo grado.

Todas estas ideas falsas, esta conducta falta de ponderación, estas tendencias *antisociales,* esta necesidad de perpetua tutela, por no poder autogobernarse, hacen de los delirantes degenerados eternos niños, y dan por resultado dolores intensísimos en el seno de las familias; los enfermos carecen de crítica, y dudan sólo de las palabras ajenas.

---

## INDICACIONES DE LA ESERINA Y LA ATROPINA EN LA OPERACIÓN DE CATARATAS POR EL MÉTODO DE EXTRACCIÓN Á COLGAJO CON IRIDECTOMÍA (1)

Por el Dr. Galo Leoz y Ortin
Del Instituto Rubio.

Señores Congresistas: Nunca he puesto en duda que el procedimiento de extracción simple de la catarata (cuando ésta se presenta sin complicación alguna) debe ser siempre el preferido, pues sobre simplificar en un tiempo el acto operatorio, los resultados suelen ser excelentes, colmando las exigencias de la más perfecta estética. Pero hay circunstancias preoperatorias, como la hipertensión ocular, el origen traumático y la variedad cápsulo-lenticular de catarata, las sinequias anteriores ó posteriores del iris, otras del mo-

(1) Exposición dirigida al Congreso Internacional de Oftalmología de Nápoles, del mes de Abril de 1909.

mento cuando el cristalino, por su gran volumen, opone dificultades notables á su extracción, y otras posteriores á la extracción misma cuando la cápsula está opacificada y su extracción total se presenta muy difícil, en los cuales la iridectomía se impone, si no queremos exponernos á que la operación resulte infructuosa, y *á que el operado y sus adláteres profanos pongan muchas veces en entredicho nuestra pericia operatoria.*

Decidido partidario del método de extracción simple, sin embargo, atendiendo á tales indicaciones, he tenido necesidad de emplear varias veces el método de extracción combinada, y de su curso post-operatorio, según la cura empleada, he sacado algunas enseñanzas que me parece oportuno exponer.

Aunque pudiera citar algunos más, solamente en nueve casos, muy poco distanciados unos de otros, y bien recientes por cierto, se fundan mis observaciones personales; pero aunque este campo de experimentación no sea muy dilatado, sin embargo, los hechos me han parecido tan terminantes, que he formado opinión exclusivamente personal, pero tan arraigada, que con arreglo á ella procedo en todos los casos.

Como precisamente son individuos muy viejos la mayor parte de los que he operado durante el presente año, he de hacer notar, de paso, que es tan frecuente en ellos la opacificación post-operatoria de la cápsula, que me parece prudentísimo practicar la iridectomía en los que pasen ó aparenten pasar de los sesenta años, siempre que la transparencia de la cápsula no nos parezca perfecta, aunque no haya opacidad, con objeto de prevenir en lo posible las consecuencias de la catarata secundaria y los inconvenientes de manipulaciones posteriores.

Hecho este preámbulo necesario, vayamos al asunto que me interesa.

Operé en la segunda quincena del último mes de Junio, y en días consecutivos, á tres individuos muy viejos que padecían de catarata senil; los dos primeros, por el método de extracción simple, y el tercero, con iridectomía posterior á la salida del cristalino, en vista de que no podía practicar la extracción total de la cápsula que estaba opacificada en gran parte y fuertemente adherida. La visión inmediata fué buena en los tres casos; instilé eserina, y después de cuarenta y ocho horas, durante las cuales no experimentaron los enfermos molestia alguna, levanté los apósitos, y en verdad que parecía que en aquellos ojos nada se había hecho, pues en todos había buena cámara anterior, y la cicatrización era ya casi completa. Pero cuál no sería mi desagrado al apercibirme de que en los operados por extracción simple, la visión había casi desaparecido, y en el

que practiqué la iridectomía, se había reducido notablemente. Todos tenían catarata secundaria eminentemente capsular.

Instilé atropina desde la primera cura, pero al operado con iridectomía no produjo el menor efecto, pues los extremos del coloboma iridiano se habían adherido fuertemente á la cápsula opacificada. Los tres casos reservé para volverlos á operar pasando el tiempo prudencial.

Pocos días después tuve necesidad de operar una catarata secundaria en un sujeto que había sido operado dos años antes en el Instituto Oftálmico de Madrid. Como había sinequias posteriores, hice la iridectomía, y después fuí extrayendo por pedazos la cápsula opacificada hasta que se inició la salida del vítreo. Instilé eserina, y á las cuarenta y ocho horas, durante las cuales de nada alarmante se quejó el enfermo, el ojo estaba completamente bien y la visión era buena; pero se repitió lo que en el caso anterior, pues el iris había contraído adherencias con los restos capsulares, y ninguna eficacia tuvo ya la atropina.

Al cabo de un mes, próximamente, repetí la extracción con iridectomía en dos mujeres: la una con catarata traumática y la otra con catarata complicada con sinequias posteriores; en uno y otro caso instilé la eserina, y el curso post-operatorio no pudo ser mejor; la visión era perfecta á las cuarenta y ocho horas, pero también en una había adherencias de casi todo el borde del coloboma iridiano á la cápsula, opacificada en parte, sin que afortunadamente dificultase la visión. En el otro enfermo no pudo ocurrir otro tanto, pues la cápsula había sido extraída con el cristalino.

Esta tercera repetición de adherencia tan rápida del iris excindido á la cápsula, más ó menos opacificada, ya me llamó la atención, y pensé inmediatamente que, sustituyendo el empleo inmediato de la eserina por el de la atropina, poco había que temer, y en cambio evitaríamos tál vez tan fastidiosas complicaciones.

Así me propuse hacerlo en cuanto hubiera ocasión, y, efectivamente, en un individuo en el que tuve que hacer iridectomía (después de discisión de la cápsula), para poder extraer el cristalino muy voluminoso, instilé atropina en lugar de la eserina, y cerré. Algo preocupado, como es natural, y deseando ver pronto los efectos de la atropina, levanté el apósito (que estaba bastante movido) á las veinticuatro horas, y todo marchaba á las mil maravillas: los bordes de la herida estaban bien adosados, y había buena cámara con gran midriasis y excelente visión. De manera que el resultado fué magnífico, y eso que el caso era de prueba, pues se trataba de un viejo catarroso crónico é inquieto por demás.

Animado con tan buen principio, repetí la misma operación en

otros dos individuos con catarata senil y leucomas corneanos, y el resultado fué también inmejorable. Algo de opacificación capsular había en uno de ellos, pero no impedía la visión, gracias á la acción dilatadora de la atropina.

Pero el caso más notable de los que puedo citar, es el que sigue: Se me presentó un individuo, como de unos cuarenta años, el cual me contó que, cinco meses antes, se clavó un espino en el ojo, á consecuencia de lo cual perdió la vista en tres ó cuatro días, y sufrió horriblemente, por espacio de un mes, de grandes dolores del ojo y de la cabeza. Instilé atropina, le reconocí, y fácilmente se vió que el espino, atravesando la córnea y el iris, había ido á herir el cristalino, determinando una catarata traumática y una irido-ciclitis concomitante, pues así se explicaban los dolores tan intensos, además de que el ojo estaba algo blando y se veían algunos exudados en la pupila, que era de forma estrellada, pues existían también gran número de sinequias. A pesar de todo, era bastante aguda la noción de luz y oscuridad; y como el enfermo se decidiera, le operé, haciéndole ver primero (por temor á un desprendimiento de la retina) la posibilidad de que la prueba resultase totalmente infructuosa. En el acto de la operación, después de haber discindido ampliamente el iris, y al hacer la quistitomía, salió gran cantidad de líquido lechoso mezclado con masas blandas; limpié con la cucharilla la cámara anterior, y como notase que la cápsula tenía una opacidad bastante grande, intenté la extracción; pero al empezar el arrancamiento, comenzó á salir vitreo notablemente fluidificado, por lo cual me limité á discindir la cápsula con el mismo quistitomo, temiendo las consecuencias de una gran pérdida de vítreo en un ojo atrófico.

A pesar de las circunstancias desfavorables que concurrían en este caso, y pensando que si usaba eserina y ocurría adherencias del iris, todo sería perdido, instilé también atropina. Recomendé al enfermo (muy prudente, por cierto) gran quietud, y á las cuarenta y ocho horas, cuando procedí á practicar la primera cura, no había ocurrido la menor complicación, el paciente veía bien, y quince días más tarde probé, y con 11 dioptrías alcanzaba de lejos $^1/_3$ de agudeza visual.

Por entonces volví á operar á dos de aquellos tres enfermos que primeramente menciono; en uno hice extracción parcial de la cápsula con iridectomía, y en otro solamente discisión de la cápsula y rotura de las adherencias del iris, pues la iridectomía ya la había tallado en la primera operación. A continuación, en los primeros días de Septiembre, operé á otro viejo de setenta y ocho años, de extracción de catarata, también con iridectomía por indicación de la edad. En los tres casos usé la atropina desde el primer momento,

y no tuve que arrepentirme de este proceder, pues ni hubo adherencias iridianas ni opacificación capsular, y la visión no pudo ser ya mejor.

¿Qué se desprende de todo esto? En primer lugar, una cosa muy terminante: que en todos aquellos casos en que usé la atropina, fué siempre bueno el resultado.

Cabe, pues, preguntar: ¿sería conveniente usar atropina y no eserina, inmediatamente después de la operación en los operados de catarata, por el método de extracción combinada? En caso afirmativo, ¿qué circunstancias deben modificar esta regla?

Cuando hacemos una operación de catarata instilamos eserina, con el doble propósito de contraer la pupila, para ofrecer mayor resistencia á la salida del vítreo y de evitar el enclavamiento ó la hernia del iris. En el método de extracción simple, siempre conviene proceder de esta manera, pues el músculo iridiano, totalmente íntegro, es difícil que contraiga adherencias capsulares, y fácil que pueda herniarse, por recibir todo el empuje de la tensión intraocular, por la misma razón que contiene la salida del contenido del ojo. Pero en el método de extracción combinada, esta indicación de la eserina no me parece tan racional.

En primer lugar, hemos visto la facilidad con que el iris excindido contrae pronto adherencias con la cápsula especificada ó no, y la rapidez con que estas adherencias determinan, á mi ver, cataratas secundarias. Indudablemente, la herida iridiana tiene que cicatrizar y sufrir necesariamente la reacción inflamatoria consiguiente al traumatismo y principio natural de esa cicatrización. En la extracción de catarata con iridectomía, los extremos del coloboma iridiano, al faltar la continuidad de las fibras circulatorias, caen sobre la cápsula, y por muy insignificante que sea tal proceso inflamatorio, es muy natural que el iris, en contacto con aquélla, contraiga por medio de sus exudados, pequeñísimos también, adherencias más ó menos extensas, pero suficientes para originar opacificaciones capsulares y para impedir siempre una buena dilatación pupilar, más necesaria entonces que nunca.

Es innegable que esto ocurre muchas veces, y no cabe suponer que sean sólo las masas corticales causas de estas adherencias y opacificaciones; en los casos que aquí cito, estoy muy seguro de que no fué ese el motivo, además de que siempre procedo con insistencia, temeraria muchas veces, á la extracción total de cuanto pueda estorbar.

La instilación de eserina favorece y empeora en gran manera estas complicaciones, pues al contraerse el iris, sólo resultará que las sinequias sean más centrales y, por consiguiente, menor la abertura

pupilar que haya de quedar después. Instilando en su lugar la atropina, es muy posible que de estos accidentes no se presente ninguno, y segurísimo siempre, que se simplifican mucho y se les quita importancia.

Dilatando la pupila antes de que haya empezado la cicatrización de la herida del iris, sus fibras radiadas, al recoger los extremos de la pupila artificial, impedirán que gravite sobre la cápsula del cristalino; y aunque no ocurra así, siempre resultará que las adherencias, si las hay, serán muy periféricas, quedando una pupila del tamaño suficiente para que haya visión, como no sea total la opacificación capsular.

Y apenas va diferencia de uno á otro resultado...

¿Que esta sustitución, tan radicalmente opuesta, de la eserina por la atropina, puede tener sus fracasos? Ni niego ni afirmo nada; pero ha de demostrárseme, para que así lo crea, pues no he tenido ninguno en los seis casos en que así procedí, y eso que en dos de ellos se inició la salida del vítreo. Además de que no hay realmente motivos para cualquier accidente por esta sustitución, pues la acción de la eserina en un operado de catarata con iridectomia es insignificante, apenas tiene papel. El iris excindido, bien resulte el coloboma cónico ó trapezoidal, es un dique contentivo de poquísimo valor; la verdadera resistencia la opone la cápsula inserta todavía, y de no ser así, el único obstáculo á la salida del cuerpo vítreo reside en la córnea, pues todos podemos ver, cuando el vítreo apunta, que el iris, cediendo completamente, se adosa, se pega á la concavidad de aquélla, ocurriendo que, en lugar de la menor resistencia, donde se ha tallado el colgajo es donde precisamente carece el iris de toda virtud contentiva. Pero aun suponiendo que el iris, por la mayor tonicidad que le presta la eserina, oponga algún obstáculo al vaciamiento del ojo, siempre resultará que sus efectos positivos no se harán notar hasta quince ó veinte minutos después de instilada aquélla, y entonces, quince minutos después de haberse cerrado el ojo y de estar protegido por un apósito debidamente colocado, entonces su acción ya será nula é inútil de todo punto, pues si algo ha de ocurrir que no evite la oclusión, no hemos de hacernos la ilusión de que pudiera haberlo remediado la eserina.

Si la atropina fuese también de efectos rápidos, cabría tal vez una contraindicación para su empleo inmediato; pero ya sabemos todos que casi siempre tarda más de los quince minutos en producir la midriasis y, vuelvo á repetir, que quince minutos después de la oclusión, cuando ya hay alguna adherencia entre los bordes de la incisión corneana, si algún accidente funesto nos espera, tampoco se hubiese evitado con no emplear la atropina, pues no debemos ol-

vidar que la parte de menor resistencia donde se talló el colgajo, apenas tiene iris que la proteja, instílese lo que se instile.

El peligro de la hernia del iris en un operado con iridectomía, casi no existe, y el más posible de enclavamiento puede casi alejarse del todo al tallar el coloboma, excindiendo el iris hasta su contorno, sin llegar á su misma inserción, y reduciendo ó excindiendo después de salir el cristalino los trozos que pudieran haber quedado entre los bordes del colgajo corneano.

En resumen: En los operados de catarata por el método de extracción á colgajo con iridectomía, debemos sustituir el empleo inmediato de la eserina por el de la atropina, pues además de carecer de todo peligro real este modo de obrar, evitaremos complicaciones, tales como las adherencias, por lo menos las centrales, de los bordes del coloboma iridiano á la cápsula del cristalino, y tal vez opacificaciones consecutivas, y como consecuencia, las cataratas secundarias, los inconvenientes de una pupila pequeña y no dilatable y la necesidad probable de una segunda intervención.

Este consejo, aunque modesto, por ser mío, es sincero y honrado: *Operado de catarata con iridectomía, instilación inmediata de atropina*, como no se haya extraído totalmente la cápsula ó no haya hipertensión.

Desde tal fecha hasta hoy he continuado haciendo lo mismo, y los excelentes resultados de esta inovación (que no tiene más mérito que el de haber abandonado la rutina) me afirman más y más en las ventajas clarísimas de este proceder, al cual en el Congreso no se le hizo objeción.

# REVISTA DE ESPECIALIDADES

POR EL PROFESORADO DEL INSTITUTO RUBIO

## Anestesia.

**Accidentes post-anestésicos: incoagulabilidad de la sangre y necrosis del hígado, consecutivas á la anestesia cloroformica.** *(La Semaine Médicale*, Février, 1909.)

Los doctores Doyon y Billet han manifestado en la *Sociedad Médica de los Hospitales*, que el cloroformo ingerido á dosis apropiadas determina la necrosis del hígado y la incoagulabilidad de la sangre y la desaparición del fibrojeno del plasma. Esto han podido comprobarlo en un perro que murió veintiocho horas después de la anestesia.

Dichos señores creen probable que la existencia de lesiones renales antiguas explica la gravedad de los accidentes post-anestésicos del cloroformo, y muchos de los fracasos observados por los cirujanos son debidos á la acción electiva del cloroformo sobre el hígado y á la acción indirecta de este veneno sobre la sangre.

---

**Combinación hiperanestésica de la cocaína.** *(Dorvault.* Vigésimonoveno suplemento.)

Siendo hasta aquí la cocaína el anestésico local más activo conocido, su asociación con el ácido vanillico constituye la forma más ventajosa para su empleo en cirugía y en el arte dentario, porque dicho ácido aumenta el poder anestésico de la cocaína y modera el efecto vaso-constrictor, corrigiendo los inconvenientes que resultan.

La fórmula recomendada es:

| | | |
|---|---|---|
| Cocaína pura..... | aa. | 1 centigramo |
| Vanillato de sodio..... | | |
| Hidrolato de verbena, compuesto..... | | 1 c. c. |

FERMÍN MARTÍNEZ SUÁREZ

## Ano é intestino grueso.

**Las adherencias dolorosas consecutivas á la apendicectomía.** (*Monde Médical*, Diciembre 1908.)

A pesar de la extirpación del apéndice, muchos enfermos continúan con dolor en la fosa ilíaca derecha. Todos los cirujanos han observado estas singulares manifestaciones, que se han atribuído á neuralgia, enteritis, tiflitis, etc. Por lo general, la patogenia de estos fenómenos es muy distinta: se trata simplemente de adherencias peri-cecales.

La parte histórica de esta cuestión es bastante reciente. Konindjy, Cochrt, Levrey, Lander, Brunton, Coittier y Schwartz han referido observaciones de operados de apendicitis que continuaban sufriendo dolores al nivel de la región apendicular.

Ahora bien; extirpado este órgano, evidentemente no podía ser causa de estos trastornos. Pletner y Mintz los atribuyeron á la existencia de adherencias post-operatorias, y Duverger estudió la cuestión en un trabajo de conjunto publicado en la *Gacette des Sciences Médicales de Bordeaux* en 1906.

El Dr. Cazalet, discípulo del autor mentado, ha insistido sobre el mismo tema en una reciente tesis. De las observaciones referidas, se pueden individualizar varios tipos clínicos fácilmente reconocibles.

Los accidentes dolorosos pueden comenzar, ya durante la convalecencia, ya algunos meses después. Se presentan unas veces bajo la forma aguda, otras bajo forma crónica, siendo esta última la más frecuente.

La forma crónica está caracterizada por un comienzo lento é insidioso. El dolor aparece mucho tiempo después de la operación, ó bien algunas veces durante la convalecencia, bajo forma de tensión dolorosa. Estos síntomas van acentuándose poco á poco, exagerándose con la deambulación, la posición de pie, los esfuerzos y desaparecen con el reposo. Algunos operados tienen crisis más agudas, más violentas, con náuseas y vómitos.

En estos casos, el dolor está claramente localizado en la fosa ilíaca derecha; de allí se irradia en diferentes direcciones. Como que la mayor parte de estos enfermos están estreñidos, parece natural hacer intervenir en la etiología de los accidentes dolorosos, por una parte, las adherencias peri-cecales, y por otra, la dificultad que á la circulación de las materias fecales oponen las mismas adherencias, creando, por este mecanismo, una obstrucción relativa.

El examen de estos enfermos no revela nada muy apreciable. La cicatriz es blanda, no hay eventración. La palpación acusa sen-

sibilidad en la fosa ilíaca derecha y aumento del dolor. Como por lo general sobrevienen trastornos de la nutrición, los enfermos se preocupan, se ponen inquietos, comen poco, enflaquecen, pierden fuerzas, dando lugar á un estado nervioso secundario, consecutivo á las lesiones peri-cecales.

En otros casos, el comienzo es brusco y aparatoso. Súbitamente estalla un dolor violento, atroz, comparable á la crisis aguda apendicular. Pueden presentarse náuseas, vómitos, estreñimiento, pero no hay fiebre. Este dolor se irradia en el abdomen, aunque su punto máximum queda siempre en la fosa ilíaca derecha.

Así, pues, dice Duverger, dos grandes síntomas deben tenerse muy presentes en los enfermos que nos ocupan: por una parte, los trastornos dolorosos, que desde los simples estiramientos, sencillos cólicos, alcanzan la intensidad de los cólicos violentos, de los dolores vivos; y, por otra parte, los síntomas de éxtasis intestinal, comprendiendo todos los grados, desde la simple pereza en el curso de las materias fecales, hasta su paso absoluto. Esto último constituye un síndrome particular, que no estudiaremos aquí, y que podríamos llamar de las *adherencias obstructoras*.

Desde el punto de vista anátomo-patológico, las adherencias que ocasionan estos fenómenos dolorosos están generalmente constituídas por bridas epiploicas, que afectan las más diversas direcciones y que van de la pared abdominal de la fosa ilíaca hacia el ciego, cruzando y comprimiendo las asas delgadas, creando así, á veces, una estrechez del intestino.

Las adherencias pueden existir en el momento de la operación, y ser respetadas por el cirujano; dependen de brotes peritoníticos y apendiculares. Si el operador las destruye, se vuelven á formar inmediatamente después de la operación. A veces estas adherencias únicamente se forman después del acto operatorio. Su formación, continúa diciendo el autor, depende de varios factores: adherencias peritoneales se forman alrededor de un muñón apendicular, que no queda bien escondido y está infectado, alrededor de los hilos catgut ó seda que han servido, ya á la ligadura del apéndice, ya á su hundimiento en las partes profundas; se forman también bajo la influencia de un ligero brote de peritonitis debidas, á una infección peritoneal localizada, ya venga del cirujano, ya de sus ayudantes ó instrumentos; se forman también bajo la influencia de una supuración que repercute sobre la hojilla parietal del peritoneo.

Los fenómenos clínicos observados no están en manera alguna en relación con la extensión, el espesor de las bridas peritoneales. En ocasiones, adherencias insignificantes provocan dolores intolerables, en tanto que bridas muy fuertes apenas si dan lugar á síntomas

apreciables. Cuanto más las adherencias dificultan el funcionalismo del intestino, contribuyendo á distender y estirar la ampolla cecal, tanto más pronunciados son los trastornos morbosos. Cuando el ciego está, por decirlo así, aprisionado en un magma que le rodea por todas partes, menos estiramientos ejerce sobre el plexo nervioso de los mesos, y los dolores son menos vivos. También hay que tener en cuenta el estado neuropático de algunos enfermos, que siempre tienen tendencia á multiplicar y exagerar sus sensaciones.

Puede ocurrir que estas adherencias sean una causa de enterocolitis muco-membranosa en individuos hasta entonces indemnes de esta enfermedad, á consecuencia del éxtasis cecal que producen.

Desde el punto de vista del diagnóstico, podemos decir que todo individuo que presenta dolores en la fosa ilíaca derecha después de la apendicectomía, tiene adherencias que dificultan el funcionalismo del intestino, y también que un día podrán producir accidentes más ó menos graves de obstrucción intestinal, sin hacer mención aquí de los trastornos menos graves, tales como estreñimiento, cólicos y fenómenos dispépticos, migranias, etc.

El tratamiento médico, reposo, dieta, compresas húmedas, da pocos resultados, excepto en los casos ligeros. Generalmente es necesario recurrir á una nueva intervención quirúrgica, que consistirá en destruir las adherencias, liberar el intestino, evitar toda infección operatoria y practicar una peritonización muy cuidadosa. Se suprimirá toda superficie desprovista de peritoneo ó cruenta, y se mantendrán escondidas las superficies de implantación de las adherencias.

---

**Un caso de recidiva de diverticulitis aguda del asa sigmoidea, operado antes de su ruptura.** (*Semaine Médicale*, Décembre 1908.)

Hace poco más de un año, M. Brewer publicó una Memoria sobre la etiología de ciertas supuraciones intra-abdominales. Uno de estos enfermos, atacado de diverticulitis aguda de la S ilíaca, ha presentado una recidiva cinco años después de haber sido operado. El hecho es tanto más interesante de señalar, por haber podido hacer el autor el diagnóstico antes de la nueva intervención.

Al practicar la laparatomía media se vierte gran cantidad de líquido peritoneal turbio. Congestión y exudados alrededor del foco que se extiende desde el borde interno del colon hasta la inserción media del mesocolon, comprendiendo unos 8 á 10 centímetros, rodeando en diverticulo del asa sigmoidea; varias franjas epiploicas, fuertemente inflamadas, están adheridas; se nota fluctuación; por encima y debajo el asa parece sana.

El Dr. Brewer sutura el peritoneo parietal al tumor, y cierra con gasa esterilizada; después sutura parcialmente la incisión. Cuarenta y ocho horas más tarde, se encuentran pequeñas perforaciones que dan paso á un pus fétido; algunos días después, el sitio del absceso es largamente abierto, descubriendo una pequeña avertura que, como en la primera intervención, comunica con la cavidad del intestino; la fístula se cierra definitivamente al cabo de tres semanas, y el enfermo sale curado siete semanas después.

Siendo grandes las analogías entre la apendicitis y la sigmoiditis, M. Brewer estima que el tratamiento de las dos afecciones debe basarse sobre los mismos principios, y que, en las formas agudas, la intervención precoz es la que da resultados.

---

**La intervención precoz en la apendicitis aguda.** *(Monitor Terapéutico,* Noviembre, 1908. *Casin,* de París.)

Las 150 operaciones de apendicitis que he practicado durante los últimos años, comprenden 102 intervenciones en frío, con otras tantas curaciones, y 38 tardías, con 30 curaciones y ocho defunciones. Entre las intervenciones precoces, cuatro fueron hechas en las veinte horas primeras, y otras cuatro en las treinta y seis horas, una á las cuarenta y dos horas, y otra á las cincuenta y dos; los dos últimas necesitaron un drenaje de quince á veinte días, y las otras ocho fueron seguidas de una curación tan rápida como si la operación hubiera sido hecha en frío. Los ocho casos de muerte fueron consecutivos á operaciones practicadas del 13.° al 14.° día. Ante estos resultados, paréceme necesario insistir sobre las ventajas evidentes de la intervención precoz, cuyo empleo sistemático puede únicamente hacer exacta la fórmula de Dieulafoy: no se debe morir de apendicitis.

Siempre que nos encontramos con un caso de apendicitis incipiente, siempre que el diagnóstico sea indiscutible, y con mayor razón cuando el enfermo haya tenido una crisis anterior, la cual deberá suprimir toda vacilación, sólo pueden resultar ventajas de operar desde el primer momento, tan próximo como posible sea del primer instante, teniendo en cuenta que, cuanto más precoz sea la intervención, más se aproximan las condiciones á las de la operación en frío.

Teniendo en cuenta que, por riguroso que pueda ser en el tratamiento médico, nadie puede decir, cuando empieza una apendicitis, de qué modo se terminará; el enfermo, al aceptar la operación inmediata, escapará primeramente á los peligros que tienen las formas graves, y recogerá además todos los beneficios de la operación en frío, desde el punto de vista de la rapidez de la curación y de la

solidez de la cicatriz; finalmente, quedará dispensado de perder cinco ó seis semanas en espera de la operación en frío, que se decide en un principio desde el comienzo de la crisis, y que, por lo tanto, se puede realizar inmediatamente con la mismas ventajas y sin el menor inconveniente.

En resumen: practicada lo más cerca posible del principio de la crisis durante las primeras veinticuatro horas, si es posible, la intervención precoz constituye el tratamiento ideal de la apendicitis. Después de cuarenta y ocho horas, fuera de los casos de peritonitis generalizada, en los cuales la muerte es fatal si no se intenta una intervención que asegure curaciones relativamente numerosas, más vale abstenerse, limitándonos á abrir los abcesos que puedan produducirse, y practicar ulteriormente la operación en frío.

DR. FERMÍN MARTÍNEZ SUÁREZ

## Estomatología.

### Significación patológica del descarnamiento de los dientes.

*(Bulletin Médical.)*

M. Paul Ferrier ha hecho á la *Société de Biologie* sobre este objeto la comunicación siguiente:

El borde alveolar puede destruirse y los dientes conmoverse durante la evolución de enfermedades ó fuera de todo proceso morboso general, en los sujetos bien calcificados, en los que la boca es descuidada ó su higiene mal dirigida. Cuidados de limpieza bien comprendidos se establecen al final de esta afección, sistemáticamente local, y de cuyo asunto no se ocupa el autor en el presente artículo.

Se ve sobrevenir, en efecto, en la edad madura, y en los individuos calcificados lo más á menudo, una forma de descarnamiento de los dientes bastante distinta, para que se quiera hacer una entidad bajo el nombre de enfermedad de Fauchard. Este descarnamiento aparece también hasta en los sujetos cuyos cuidados dentarios han prevenido todo depósito de tártaro. Existe proliferación microbiana en los salientes gingivo-dentarios (Galippe), destrucción del periostio que rodea la encía, necrosis alveolar consecutiva y eliminación insensible (lo más á menudo).

El carácter progresivo del mal es muy claro; su extensión y rapidez en evolucionar varía según los individuos. Termina esta afección, cuando los dientes han desaparecido, es decir, cuando las bolsas gingivales en cuyo fondo tienen lugar las culturas microbianas, se reducen, limitando el epitelio de la encía todo el alvéolo.

En estas condiciones, el descarnamiento es la expresión de un desfallecimiento de los tejidos. Magitot decía, exagerando, que era la compañera habitual de la diabetes: Se trata de una verdadera hipobiosis, en la que interviene ciertamente una disminución de la irrigación sanguínea, como alimento y como provisión, y cuya consecuencia es que las culturas microbianas gingivo-dentales preponderen sobre nuestros propios defensores, hasta tanto que subsista el seno en cuyo fondo proliferan. Por comparación con la vitalidad de los senos bien irrigados y la necrobiosis aséptica de otros, es lógico atribuir estas perturbaciones de la nutrición á la disminución del calibre de una arteriola ó de una arteria, es decir, á esclerosis ó al ateroma localizado. M. Brault ha demostrado que estos hechos están lejos de ser raros, y la disminución de resistencia de los órganos mal irrigados es un fenómeno actualmente desconocido. Puede no existir al mismo tiempo ningún signo de ateroma, lo mismo que pueden comprobarse varios.

Si esta patogenia tiene algún valor:

1.° La medicación decalcificante debe tener una acción marcada, pero sobre todo preventiva, sobre la evolución del descarnamiento de los dientes; esto es lo que sucede en efecto.

2.° El médico posee, con la comprobación de este proceso, un signo precoz de ateroma y una indicación muy útil para plantear el tratamiento apropiado, al par que se explique otras perturbaciones concomitantes.

---

**La fiebre aftosa en el hombre.**—(*Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde.*)

J. Lartschneider cita dos casos de fiebre aftosa en dos niñas de seis y siete años, de buena salud y bonitos dientes. Las dos sufrían al mismo tiempo cuando comían y tragaban; además, se quejaban de escozor y calor en la boca. La mucosa de la boca, faringe y amígdalas presentaban un color rojo difuso; las encías inflamadas, la secreción salivar abundante, la lengua sucia y sobre los bordes algunas vesículas amarillas. Las niñas se sentían muy fatigadas, y apenas podían tomar alimentos líquidos. Cuatro días después se declaró una fiebre violenta, que duró unos quince, con pequeñas remisiones matinales y ascendiendo por la tarde á 39°,8.

Numerosas vesículas gris amarillentas, muy pequeñas, cubrían la lengua, la encía, los labios, la mucosa de los carrillos, y cuando se rompían dejaban ulceraciones de fondo grisáceo. Entre las aftas, la mucosa estaba roja é hinchada; la cara dorsal de la lengua presentaba una costra espesa; el borde gingival y las comisuras de los labios, gangrenados; los dientes, cubiertos de una capa saniosa, su-

mergíanse en una encía tumefacta y ulcerada; la bóveda palatina y el velo del paladar tenían menos ulceraciones; el aliento era extremadamente fétido, y las parótidas y las glándulas sublinguales, ingurgitadas. Al final de la segunda semana de enfermedad, las pacientes tenían todos los signos de una afección grave; la más joven de las niñas presentaba en el nivel de la falange del índice, una vesícula del tamaño de un guisante.

El autor prescribe como tratamiento: pulverizaciones de ioduro de zinc en la boca, muchas veces por día, y tres veces por día un poco de ácido clorhídrico al interior. Al final de seis semanas, las enfermitas fueron consideradas como curadas. Las ulceraciones desaparecieron sin dejar cicatrices.

DR. LANDETE

## Ginecología.

**La frecuencia de la trombosis después del parto y de las operaciones ginecológicas**, por el profesor Hofmeier. (*Zentralb. f. Gyn.*, 1909, núm. 1.)

Según Hofmeier, y ésta es también nuestra opinión, la trombosis es más frecuente en los casos de miomas uterinos; ha podido observarla seis veces en 280 operaciones por esta clase de tumores, así como Burkard registra un total de 18 trombosis y dos embolias, después de 525 operaciones por mioma.

Entre 10.000 paridas, sólo hubo doce casos de trombosis, de ellas nueve con fiebre alta, pero en ninguna se presentaron síntomas de embolia.

De estas estadísticas no se puede inferir que la trombosis ocurre con frecuencia por trastornos circulatorios, sino que, como afirma Fromme en la misma revista, á propósito de la debatida cuestión del tiempo á que pueden dejar la cama las paridas, la trombosis puerperal y la embolia reconocen por causa una infección bacteriana, como ha tenido ocasión de observar en un caso reciente.

Se trataba de una primípara de diez y nueve años de edad, que tuvo un parto normal, y, siguiendo la regla adoptada en algunas clínicas alemanas en la actualidad, se levantó durante una hora al segundo día de puerperio; al día siguiente se le presentó fiebre, que llegó á 39°,4, á la vez que aparecieron estreptococos en sus loquios. La fiebre desapareció después de tres días, pero la puérpera murió de repente, á los once. La autopsia reveló la existencia de trombosis de la vena espermática izquierda, de la vena renal y de las venas del parametrio izquierdo. Este caso demuestra que el sistema de levantar á las paridas y también á las operadas de laparotomía

muy pronto, á los tres ó cuatro días, no previene la trombosis, y por eso el autor citado aconseja á los médicos que no dejen levantar á sus pacientes ó á sus puérperas en los primeros días de su convalecencia ó puerperio.

En esta cuestión, de la que Krönig ha hecho gran propaganda en Alemania, es mejor no pecar de exagerados, atribuyendo á la prolongada permanencia en la cama las trombosis y las embolias, y seguir el consejo de Hofmeier, quien, sin negar que el nuevo método tiende á evitar las trombosis, juzga más humanitaria la permanencia de las enfermas en cama que el levantarlas muy pronto.

---

**Tratamiento de las metrorragias por las inyecciones intramusculares de suero humano fresco,** por el Dr. Busse. (*Zentralb. f. Ginekolo,* Febrero 1909.)

Vistos los resultados obtenidos en el tratamiento de la hemofilia con el suero sanguíneo fresco de procedencia humana, ha recurrido el Dr. Busse á este medio en ciertas metrorragias que considera como manifestaciones de una enfermedad general—de un ligero grado de hemofilia—y no de una enfermedad local. Con el suero ha visto mejorar el estado general y recobrar las reglas su normalidad en muchos casos. Esto lo ha conseguido practicando inyecciones intramusculares de 10 c. c. de suero, tomado en la vena de la sangría sobre individuos sanos. Generalmente, bastaron dos inyecciones para hacer cesar los trastornos metrorrágicos.

El mismo resultado puede obtenerse con el suero animal (de caballo, de perro, etc.); y, como ya lo hemos referido en esta Revista, también se consigue empleando el suero de Roux. Pero el autor de este trabajo cree más conveniente el suero del hombre, por cuanto siempre es fácil obtenerlo fresco y estéril. Estas inyecciones no producen ningún trastorno; sólo en dos casos se observó pérdida temporal del apetito.

---

**Tratamiento de las grietas del pezón por el azul de metileno,** por el Dr. Rion Kerangal. (*Tésis de Bordeaux.* Enero 1909.)

Según el autor de esta Memoria, si después de mamar el niño se embadurnan los pezones con azul de metileno, se previene la formación de las grietas y fisuras; con este medio se calman y aun desaparecen los dolores que éstas producen en el momento de dar el pecho, y se favorece la cicatrización de las mismas, impidiendo á la vez la aparición de la linfangitis y de los abcesos de la mama. El azul de metileno no es tóxico para la madre ni para el niño.

---

**Tratamiento profiláctico y curativo de las infecciones puerperales á estreptococo piógeno con la esencia de trementina,** por el Dr. Fabre (*La Presse Médical:* 1909, pág. 58.)

El Dr. Fabre ha ensayado en la Clínica Obstétrica de Lyón el tratamiento de las infecciones puerperales con la esencia de trementina. Como medio profiláctico, á toda parida practica, inmediatamente después del alumbramiento, una inyección intrauterina de 1.000 gramos de agua esterilizada, á la que se adicionan 30 c. c. de una emulsión de esencia de trementina, compuesta de

| | |
|---|---|
| Esencia de trementina..... | 300 c. c. |
| Agua esterilizada..... | 600 » |
| Tintura de leño de Panamá..... | 5 » |

Agítese antes de usarla.

Como tratamiento curativo, recurre á estas inyecciones intrauterinas ó á las vaginales, repetidas tres veces al día, cuando la infección es puramente local. Si ésta muestra tendencia á generalizarse, entonces agrega las inyecciones subcutáneas de suero trementinado, que se compone de un centímetro cúbico de esencia de trementina, para el que se añade un centímetro cúbico de alcohol rectificado á 92°, y después de agitado se vierte en 200 c. c. de suero artificial. Estas inyecciones subcutáneas se hacen en el tejido celular de la pared abdominal, y pueden repetirse dos ó tres veces al día, pues sólo producen un ligero dolor que desaparece en seguida. Fabre dice que, de un modo general, con el tratamiento profiláctico ha visto descender la temperatura rectal de sus puérperas de 37°,7-37°,8 á 37°,1-37°,2 (que es la media actual).

En los meses en que emplea las inyecciones, la morbilidad oscila entre 11 y 23 por 100, en tanto que es de 31,2 por 100 en los meses en que las suprime. En otra serie, la morbilidad fué de 11,6 por 100 en las paridas á quienes no se practicaron inyecciones profilácticas, y de 2 y 3 por 100 en las que se practicaron.

Empleadas como medio curativo, su resultado ha sido variable, pues en tanto que en las infecciones puramente locales la mejoría es rápida, y tanto más rápida cuanto más pronto se interviene, en las formas generalizadas la muerte sobreviene á pesar del tratamiento.

---

**Embarazo tubárico. Su etiología, diagnóstico y tratamiento,** por L. Fiedler. (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie:* 1909.)

Refiere este autor, que de 3.500 casos ginecológicos observados en el Moabit (hospital de Berlín), durante los cuatro años y medio últimos, 83, ó sea el 2,3 por 100, fueron embarazos tubáricos; al pa-

recer, los factores etiológicos fueron la infección y el traumatismo. Recayó el mayor número en multíparas, figurando en esta estadística como más frecuente la rotura de la trompa que el aborto tubárico. La urobilinuria es un signo diagnóstico importante. El tratamiento, aun en los casos de hematocele enquistado, fué quirúrgico, pero no es de recomendar el desagüe de la cavidad peritoneal.

DR. GUTIÉRREZ

## Medicina infantil.

**Reacciones meníngeas en los eritemas de los niños.** (*La Presse Médicale*, 24 Marzo 1909.)

Son sumamente interesantes las recientes investigaciones llevadas á cabo en la clínica del P. Hutinel, de París.

Preocupado este ilustre autor de la gran importancia que en Pediatría tiene la diferenciación precoz entre cierta clase de eritemas y determinadas manifestaciones cutáneas de la heredo-sífilis, y deseando á este fin buscar un medio algo más práctico y sencillo que el examen histológico de la piel—único modo positivo de llegar á un diagnóstico diferencial seguro,—inspiróse en los trabajos de Ravant acerca de la frecuencia de la linfocitosis en el líquido céfalo-raquídeo de los heredo-sifilíticos, creyendo hallar en ellos un criterio fácil de utilizar.

En consecuencia, tanto el P. Hutinel, como su interno M. Ferrand, han practicado numerosas punciones lumbares en niños de pecho afectos de eritemas papulosos, y, contra lo que era de esperar, los resultados obtenidos fueron bastante complejos.

La linfocitosis aparecía con tal frecuencia—aun en los casos en que seguramente se podía descartar la heredo-sífilis,—que los autores se decidieron á establecer de un modo preciso la relación que existe en los niños de pecho entre la reacción meníngea y los eritemas de diversas formas. A este fin, han venido examinando metódicamente el líquido céfalo-raquídeo en gran número de niños pacientes de manifestaciones eritematosas, papulosas ó erosivas.

En estas investigaciones procuraron eliminar todos aquellos sujetos que en el momento de la punción presentaban fiebre, accidentes intestinales, otíticos ó meníngeos, capaces por sí mismos de producir dicha reacción meníngea. Así, pues, no tuvieron en cuenta más que los niños cuyo estado de salud era satisfactorio, y que no presentaban, además, ningún estigma de heredo-sífilis.

En estas condiciones fué examinado el líquido céfalo-raquídeo en 72 casos.

Los resultados han sido variables.

En las dermitis en plena floración, caracterizadas por pápulas congestivas pequeñas ó grandes, ulceradas ó induradas, la linfocitosis era constante. De catorce casos, en cinco fué considerable—8 á 10 linfocitos por campo de inmersión—menos en cuatro—3 á 6 elementos por campo,—muy pequeña en uno y nula en cuatro.

En las dermitis menos recientes, y ya en vías de curación, los resultados fueron diferentes. En trece casos, la linfocitosis fué grande en uno, menor en otro, ligera en cuatro, ligerísima en tres y nula en cuatro.

En cuanto á las pápulas más antiguas, no formando ya más que una pequeña eminencia apenas apreciable, ó una simple mácula violácea, la reacción apenas si existía. De diez y seis casos, la fórmula era ligera dos veces, discreta siete y nula otras siete.

Existe, pues, un paralelismo manifiesto entre las fases evolutivas de la dermitis y la intensidad de la reacción meningea.

En las dermitis vesiculares, erosivas, más ó menos extensas, que se observan muy especialmente antes de los tres meses de edad, las linfocitosis ligeras fueron observadas ocho veces en veinticinco casos.

Es inútil añadir que en los niños de pecho exentos de eritemas no se han encontrado reacciones comparables.

Animado por estos resultados, el P. Hutinel ha tratado de averiguar si se ofrecen análogos fenómenos en los niños de más edad cuando en ellos se presentan reacciones cutáneas parciales.

Con tal objeto ha escogido los eritemas que tan frecuentemente se observan en la fiebres eruptivas, y que pueden desde luego relacionarse con infecciones secundarias, estreptocócicas, por regla general; pudiendo notar que tanto en el sarampión como en la escarlatina, en todos aquellos casos en que se presentaron eritemas—cuya interesante descripción no podemos hacer en este ligero extracto,—la reacción meningea se observó constantemente, unas veces en forma de linfocitosis puras, y otras con fórmulas leucocitarias más ó menos variadas, pero desde luego predominando en todas ellas los mononucleares.

Además, en la mayoría de las observaciones, la presión del líquido hallábase aumentada, y la albuminuria era variable, aunque en ningún caso las siembras fueron positivas.

Si se comparan estos resultados con aquellos que da el examen de líquido céfalo-raquídeo en los escarlatinosos no infectados secundariamente, obsérvase que son totalmente diferentes, pues aun en las formas más febriles de la escarlatina las reacciones son siempre nulas ó insignificantes.

Después de la exposición de estos hechos, el autor entra en lar-

gas y curiosas consideraciones, que sería prolijo transcribir, acerca de su génesis y explicación, para terminar diciendo que ante los resultados por él obtenidos, forzosamente hay que reconocer que la presencia de algunos linfocitos en el líquido céfalo-raquídeo no tiene gran valor diagnóstico; que las reacciones meníngeas banales son frecuentes en el curso de casi todas las infecciones y toxi-infecciones, al menos en los niños de corta edad, y que, en consecuencia, es imprudente basar en ellas un diagnóstico terminante. Dichas reacciones no tienen una significación precisa más que cuando son muy claras, y sobre todo cuando coinciden con otras manifestaciones clínicas que les sirvan de apoyo.

Dr. J. García del Diestro

## Medicina interna.

**Sobre un nuevo signo precoz de la tuberculosis,** por Tedeschi, (*Gazzetta degli Ospedali*, 8 Novembre 1908.)

Haciendo ejecutar al enfermo movimientos con el brazo hacia adelante y hacia atrás, y colocando la mano sobre el omoplato, se percibe un frote especial. Si se aplica el oído sobre el mismo sitio, se podrá oir un ruido de crepitación característico, ruido que se observa también en las fosas supra é infro-espinosas y á lo largo del borde interno de la escápula. La profesión ejerce influencia decisiva en la producción de este signo. Así se observa especialmente en todos aquellos oficios que requieren el funcionamiento prolongado de los miembros superiores. El autor explica la génesis del fenómeno, atribuyéndolo á una miositis de origen tuberculoso, y dice que es signo inicial que se presenta antes de los otros síntomas pulmonares.

---

**Acerca de un reflejo ocular, no descrito todavía, y su influencia sobre la respiración y la circulación,** por Aschner (*Wiener Klin Wocheschrift*, 29 Octobre 1908.)

La presión sobre el globo ocular determina una disminución en la fuerza del pulso que se hace de cada vez más pequeño. La experiencia en animales demuestra esta disminución del pulso y una respiración convulsiva con frecuentes paradas. En el hombre, la acción más marcada se ejerce sobre el corazón; el pulso radial desaparece desde el momento en que se ejerce la presión sobre el ojo, y no vuelve á aparecer hasta que cesa dicha compresión. Wagner, con Jaurregg, había observado que si se comprime el ojo en un in-

dividuo en estado de estupor ó al ir volviendo en sí del sueño clorofórmico, dicho individuo despierta más pronto, respira mejor y sale de su sopor durante algunos instantes. Se trata de un arco nervioso reflejo: el nervio sensitivo aferente es el trigémino, y el aferente es el pneumogástrico y nervios vecinos.

---

**El piramidón contra los dolores fulgurantes de la tabes,** por M. Milian. (*Gazette des Hôpitaux*, Diciembre 1908.)

M. Milian recomienda el empleo del piramidón contra los dolores fulgurantes de la tabes, considerándolo como un verdadero específico contra síntoma tan penoso. Ni la antipirina, ni la santonina, ni el nitrito de sosa le han dado resultados tan beneficiosos. El piramidón es superior á todos los medicamentos conocidos con tal fin, pero es preciso administrarlo á dosis suficiente. Se debe tomar, según el autor, 75 centigramos de una vez; la sedación que produce dura muchas horas. Algunas veces, sin embargo, es preciso repetir la dosis cuando los dolores son muy violentos y tenaces, llegando á administrar tres papeles de 75 centigramos, mañana, tarde y noche. Hay enfermos cuya vida se hace soportable gracias al piramidón, del que llegan á tomar de *de uno á tres gramos diarios,* y esto por espacio de muchos años. El piramidón tiene la ventaja de ser bien tolerado; no hay contraindicación ni inconveniente alguno en su empleo. La coloración roja de la orina, que á veces se presenta, no tiene ninguna importancia.

---

**Los lavados intestinales de vino tinto en el tratamiento de las diarreas infantiles,** por F. Houssay. (*Archives de med. des enfants.*)

El autor emplea los lavados intestinales de vino tinto, de siete á ocho grados, en el tratamiento de las diarreas estivales. El primer día, hace dos ó tres lavados de un litro; los días siguientes, inyecta dos litros de cada vez. Recomienda usar la cánula intestinal de doblecorriente. Ha tratado de este modo unos quince enfermitos, de los cuales cuatro eran casos extremadamente graves. Debe cuidarse de no usar un vino viejo muy alcoholizado, sino de la cosecha del año, y emplearlo caliente. Se tendrá cuidado en hacer un lavado intestinal propiamente dicho, y no una lavativa. Las grandes ventajas de este tratamiento consisten en su sencillez y poder ser ejecutado en cualquier parte. El vino es una solución tani-alcohólica antiséptica, tónica y excitante á la vez. Houssay ya empleó con éxito este procedimiento en el tratamiento de la diarrea de Cochinchina, en el año 1880.

---

**El signo de la voz y de la tos lejanas**, por el Dr. Martin de Magni. (Academie de Médecine, Paris.)

Este signo, muy precoz, se encuentra en todos los casos de compresiones de los bronquios, cualquiera que sea su causa, y pasa por ser patognomónico de tales lesiones. El observador ausculta la parte posterior del tórax, mientras el enfermo tose ó repite el núm. 333. Auscultando los vértices, la voz y la tos parecen producirse bajo la misma oreja del que ausculta; en cambio, en las bases, la voz y la tos se oyen veladas, lejanas, como si se originaran á distancia. La disminución del sonido en las bases es tanto más considerable, cuanto más intensa es la compresión. En caso de lesiones unilaterales, el estudio comparativo de las dos bases pone de manifiesto la lesión en el lado donde existe la compresión, y cuando dichas lesiones son bilaterales, el examen de ambos lados permite también diagnosticar en cuál de los dos es más intensa la compresión, porque, en efecto, el alejamiento de los sonidos en las bases es tanto más pronunciado, cuanto más considerable es aquélla. Por este procedimiento es fácil diagnosticar las adenopatías inter-traqueobronquiales, tan difíciles de reconocer en el adulto.

DR. A. MUT

## Medicina legal.

**L'etat anterieur dans les accidents du travail**, por E. Dabout. (*Société de Médecine de Paris; Revue de Médecine légale*, Febrero de 1909.)

En esta cuestión, los médicos expertos se hallan dividos en dos campos: unos, no tienen en cuenta el estado anterior del accidentado; otros, con el Congreso de Cirugía de París (1907), son de opinión que en la reparación pecuniaria de los accidentes se tenga en cuenta las predisposiciones preexistentes. La ley (francesa) del 9 de Abril de 1898 fué aplicada, en un principio, solamente á la industria, después al comercio. Hoy sólo los domésticos dedicados á las personas y los obreros agrícolas, no gozan del beneficio de la ley, á no ser que estos últimos se sirvan para sus labores de motores inanimados.

En las discusiones habidas en las distintas comisiones, es donde el experto puede conocer mejor el espíritu de la ley. En la práctica se concede sólo la indemnización en los accidentes imprevistos, bruscos; la indemnización es temporal, cuando no ha disminuído la capacidad obrera del accidentado; permanente, cuando esta capacidad ha disminuído. La capacidad obrera está subordinada á varios factores, y éstos varían según las profesiones. Se pueden dividir en

tres grandes clases: 1.°, estado somático; 2.°, estado psíquico; 3.°, habilidad profesional, que no es más que la combinación de los estados somático y psíquico.

La capacidad obrera de un joyero, ¿estará aminorada por el hecho de que, atravesando su taller, tropiece contra una caja, caiga y se fracture la pierna? Jamás necesita de los miembros inferiores para su trabajo; su salario, por consiguiente, no disminuye. También un joyero puede tener una luxación congénita de la cadera, haber padecido una fractura del fémur, etc., y ser un excelente obrero de capacidad obrera normal. La palabra capacidad obrera, ¿es justa? Sería mejor, como Dabout propone, decir capacidad industrial ó capacidad profesional. Actualmente se tiene en cuenta para las idemnizaciones el grado de pérdida de la capacidad obrera, y si en algunos casos se tiene en cuenta la profesión del accidentado, es para aumentar la indemnización.

Pero donde la cuestión del estado anterior, dice Dabout, aparece con todas sus dificultades, es cuando el individuo escoge una profesión para la cual la naturaleza no le ha dotado; aquel que ejerce, por ejemplo, la profesión de carretero, con un pie mal formado, y que se fractura la pierna, este hombre no reanudará jamás sus ocupaciones habituales. Si este carretero, cuya pierna está fracturada, no hubiera tenido una mala conformación del pie, hubiera podido curar su fractura con una consolidación anatómica perfecta, y no hubiera disminuído en su capacidad obrera.

Recuerda también el caso del obrero diabético, que se hace una herida del dedo en el curso de su trabajo, que ve complicarse su herida de flemón difuso, y que no cura más que después de varios meses de tratamiento con cicatrices viciosas, rigidez articular, atrofias musculares, cuando hubiera podido curar en diez días con tres puntos de sutura si no hubiera sido diabético.

Cita también el caso del tuberculoso averiado y del sujeto con lesiones oculares, estados que el traumatismo, aunque insignificante, puede agravar notablemente. El estudio del estado mental del obrero en la época anterior del accidente, es el que ofrece más dificultades. A medida que se enriquece el dominio de la clínica mental, nos convencemos, por ejemplo, de que hay fases de parálisis general dificilísimas de diagnosticar y de la variedad de las modalidades clínicas del comienzo de esta afección. Muchos accidentes de estos enfermos y de los obreros epilépticos han sido considerados como accidentes del trabajo. El estado anterior que crea el alcoholismo tiene también gran importancia. Un obrero cae y se rompe una pierna; la causa de la fractura es la caída; y la caída puede ser debida á un resbalón accidental, ó á un desvanecimien-

to; un vértigo, una alucinación visual que ha provocado la caída, y en este segundo caso, el estado anterior interviene. El estado anterior no interviene, aun cuando, por una contusión del cráneo por la caída de un ladrillo sobre la cabeza, sobrevenga en un alcohólico crónico una crisis de *delirium tremens* que acarrea la muerte. Los autores que no tienen en cuenta el estado anterior para las indemnizaciones de los obreros lesionados, lo tienen, por el contrario, presente cuando el obrero muere en el curso del accidente.

¿Por qué—dice Dabout—tener en cuenta el estado anterior de un hernioso y hacer, una sola excepción para la dilatación anterior al accidente de los conductos inguinales, y no aceptarlo para las otras taras orgánicas y psíquicas? Como dice muy bien este autor, el experto no debe sustituir á los jueces, y el peritaje en materia de accidentes del trabajo no tendría razón de ser si se limitara á aceptar siempre la responsabilidad total del patrón, y si para indemnizar al accidentado no tuviera más que calcular su reducción de capacidad profesional, señalando la diferencia del salario del obrero antes del accidente y el que puede recibir después de su consolidación. Los jueces son los que interpretarán la ley después de conocer la opinión del experto.

Aunque la ley haya fijado la indemnización, para compensación, en los accidentes debidos á falta del patrón, á casos fortuitos y falta del obrero, al experto le interesa el estado anterior; se le exige evaluar la disminución de la capacidad obrera, sin que el valor de esta palabra sea fijado.

Otras muchas é interesantes consideraciones encontramos en este trabajo de Dabout, que no transcribimos para no hacer aún más extensa esta nota. Debemos reconocer que ha precisado cuestión tan importante como el estado anterior en los accidentes del trabajo, con puntos de vista originales.

---

**Moulage de traces de morsure. Nouveau mélange fusible pour le relevé des empreintes en creux,** por Eug. Stockis. (*Annales de la Société de Médecine légale de Belgique*, t. XIX, núm. 5.)

El profesor Eug. Stockis ha podido designar al autor de una huella de mordedura en una manzana encontrada en los lugares de un crimen. La manzana, desecada en parte, fué conservada durante algunas horas en una solución de formol al $^1/_2$ por 100, donde recuperó su primitivo aspecto. Para obtener la moldura perfecta de la huella en hueco ó en relieve preparó la mezcla siguiente:

Blanco de ballena y parafina dura.... *aa.* 25 gramos.
Talco..... 50 »

Eosina c. s. para teñir en rosa.

Se prepara fácilmente á fuego dulce; se licua rápidamente en el agua hirviendo y se solidifica rápidamente por enfriamiento en una masa homogénea, sin deformación apreciable de su forma y dimensiones. Presenta sobre la estearina la ventaja de una mayor solubilidad, sobre la gutapercha y las pastas de los dentistas, la de licuarse en el agua caliente; sobre el yeso, las ventajas de un empleo más sencillo, más rápido, más seguro, de una menor fragilidad y ausencia de deformación por enfriamiento. Se puede también recomendar la mezcla Stockis para reproducir las impresiones de pasos en terrenos diversos; su empleo en los lugares no hace necesario ningún otro material; basta sólo con una vasija que contenga agua caliente.

Conviene también para obtener el molde de las heridas y de diferentes lesiones exteriores del cadáver. Y finalmente, dicha mezcla no se adhiere á los objetos y no necesita de engrasado previo.

---

**Decouverte par la photographie de surchages d'ecritures**, por Eug. Stockis. (*Annales de la Société de Médecine légale de Belgique*, año XIX, núm. 5.)

La fotografía ortocromática ha servido ya á Stockis, en el examen de documentos escritos, para demostrar las diferencias entre las tintas empleadas y hacer aparecer los trazos enmascarados por sobrecarga.

En un documento comercial, los caracteres «3e paiement» se prestaban á dudas; este documento estaba escrito con tinta de hierro, de tinte gris negruzco. La fotografía de la cifra sospechosa (pantalla amarillo-naranja y con placas sensibles al amarillo) hizo aparecer por debajo de la cifra 3, que tomaba tinte más pálido y muy diferente, la cifra 1 sobrecargada, escrita con la misma tinta que el resto del escrito.

En otro caso, en una deuda de 200 francos, un falsificador había escrito delante de este número la cifra 1. El mismo procedimiento sirvió para demostrar las diferencias de la tinta de que se había servido, al mismo tiempo que la microfotografía revelaba desgarradura ligerísima del papel al nivel de esta cifra, probando que la pluma que la había trazado era otra, y que había sido manejada de otra manera que la que había escrito todo el documento.

Estos reconocimientos—dice Stockis—tienen sobre los métodos químicos la ventaja de no deteriorar las piezas de convicción; suministran excelentes resultados en casos en que el examen químico fracasa, y por esto deben preceder á toda otra operación sobre los documentos sospechosos. En el último caso referido se pudo hacer el

examen químico de la manera siguiente, sin deterioro apreciable: Un filamento de la pasta de papel, que sobresalía y que presentaba indicios de tinta de la cifra 1, fué separado con la pinza; en el acido clorhídrico al 10 por 100 conservó su coloración, en tanto que los otros caracteres del escrito adquirían coloración rosa, lo que confirmó la diferencia de origen, demostrada por la fotografía.

---

**A propos d'ecritures secrètes,** por Eug. Stockis. (*Ann. de la Société de Médecine légale de Belgique,* año XIX, núm. 5.)

Recientemente el profesor Reiss (1) ha llamado la atención sobre la frecuencia con que los prisioneros suelen escribir á sus parientes ó amigos, entre las líneas de una carta sin importancia con caracteres invisibles que no sospecha un observador no prevenido; el material que usan con más frecuencia para dicha escritura es la saliva; el destinatario calienta el papel hasta que adquiere tinte amarillo, y así puede leer (aunque no siempre el procedimiento de revelación es seguro) la escritura secreta.

Algunos métodos han sido propuestos para demostrar estas escrituras. Según Stockis, el polvo de scharlach-roth, que había recomendado en 1906 (2) para revelar las impresiones de los dedos en el papel, sirve también muy bien para demostrar las escrituras con saliva, y será conveniente humedecer el documento proyectando el aliento para que así después el polvo colorante pueda fijarse mejor sobre los trazos de saliva.

Si estos caracteres son muy antiguos y están muy desecados, se consigue aún colorearlos muy bien sumergiendo el documento en la solución amoniacal de eritrosina al 1 por 200, preconizada por Corin y Stockis (3), para el reconocimiento de los espermatozoides; en seguida lavado y desecación.

En ocasiones, este mismo procedimiento puede servir para revelar los trazos hechos con orina, medio de comunicación secreta al que suelen recurrir á veces los prisioneros.

ANTONIO LECHA-MARZO
Del Laboratorio de Medicina legal de la Facultad de Valladolid.

---

(1) Reiss: Ueber geflüguis geheimschriften. (*Arch. f. ger. Schriftunters*, 1908, página 205, y *Archiv. f. Krim. Anthrop.*. t. XVII. pág. 156.)

(2) Eug. Stockis: *Annales de la Société de Medecine légale de Belgique*, 1906. pág. 130.

(3) Véase mi Revista de Medicina legal. *Gaceta Médica del Sur de España*, Enero 1909.

## Neurologia y Electroterapia.

**Incontinencia esencial de orina curada por las corrientes farádicas rítmicas,** por el Dr. C. Benoit. *(Archives d'Électricité Médicale.* Marzo 1909.)

Si la incontinencia esencial de orina es siempre un padecimiento molesto y enojoso, llega á su colmo, como dice el autor, cuando persiste en una joven que ha entrado ya en la pubertad.

Este es el caso que ha sido tratado por Benoit con excelente éxito, y del que da cuenta en los siguientes términos:

La enferma, de diez y siete años, de buen desarrollo físico y fisonomía franca é inteligente, padecía de la incontinencia nocturna desde la infancia. No había cedido lo más mínimo, á pesar de los múltiples tratamientos ensayados, del rigor con que habían sido aplicados y de la estricta observancia del régimen dietético. Las micciones involuntarias no eran diarias, pero rara vez se pasaban más de cuatro días entre una y otra. El efecto más favorable que se había llegado á obtener de los tratamientos seguidos, no pasaba de una continencia de veinte días.

La enferma fué sometida al procedimiento siguiente: electrización farádica rítmica, practicada con electrodos formados, el activo por una sonda de plata de mujer, y el indiferente por una placa del tamaño de la palma de la mano, colocado en la región suprapubiana.

El dispositivo, muy sencillo, consiste en unir los dos polos de una bobina farádica á los bornes de un metrónomo interruptor, cuyo balancín oscile lentamente. En los bornes de salida se atan los conductores, que terminan en la placa abdominal uno, y en la sonda metálica el otro.

Se practica el cateterismo con esta sonda, y se obtura en seguida su orificio con un tapón de madera, á fin de evitar la salida de orina durante el tiempo de la operación. Se regula en seguida la intensidad de la corriente, de modo que se llegue á obtener contracciones ligeras de los músculos abdominales. La duración de la aplicación no debe pasar de cinco á seis minutos.

En el caso del autor, las sesiones tuvieron lugar cada dos días durante la primera quincena, y después cada tercer día. El número total de sesiones fué de trece. Durante el tratamiento se produjeron sólo dos micciones nocturnas involuntarias, y posteriormente no han vuelto á producirse después de algunos meses, á pesar de que la enferma abandonó el plan dietético, y no se cuida ya de reglamentar sus comidas ni sus bebidas.

---

**Tratamiento de la hemiplegia orgánica por los medios físicos**, por los Doctores Allord y Canoy.—(*Rev. intern. de méd. et de chir.* Febrero 1908.)

Reconocida la importancia del tratamiento de la hemiplegia orgánica por los agentes físicos, es, no obstante, mal empleada en muchos casos por falta de orientación de los prácticos, respecto de la oportunidad y orden cronológico con que deben ser aplicados, y estas deficiencias de práctica es lo que vienen á subsanar con su estudio sobre la materia los referidos autores.

Recomiendan, con muy buen sentido, la asistencia de los hemiplégicos desde el principio de su enfermedad, que es lo que da mayores garantías de obtener, si no una curación, por lo menos una notable mejoría, y á veces una restitución funcional casi completa.

El primer medio que debe ponerse en práctica desde la primera semana, será el masaje solo, seguido de una movilización suave y progresiva de todas las articulaciones.

Cuando las facultades intelectuales se han despertado y restablecido, es el momento de empezar la reeducación de los movimientos, con cuyo auxilio se logra perfeccionar y activar las sinergias, despertar las imágenes motoras aun confusas, y provocando esfuerzos repetidos de la voluntad, producir pronto una nueva actividad de las células afectadas en su nutrición, ó solamente en pasividad inhibitoria.

Cuatro semanas después del principio de la enfermedad, recurren ya los autores al tratamiento hidroeléctrico, que se aplica sólo á los miembros atacados, y consiste en baños templados, con una corriente galvánica de 15 á 20 miliamperios de intensidad y de veinte minutos de duración, repitiendo los baños cada dos días. Estas aplicaciones no ofrecen peligro ninguno, y tienen la ventaja de activar la circulación, disminuyendo, por consiguiente, la sensación de frío y los edemas.

Solamente al cabo de un año, por lo menos, creen los autores indicado el tratamiento por la corriente galvánica y farádica, con interrupciones lentas, para provocar contracciones musculares en los miembros paralizados.

Sin duda alguna que hay casos en que es prudente esperar ese largo período de tiempo antes de comenzar las aplicaciones eléctricas, y aun si se quiere, todavía podrá parecer pronto en ciertos enfermos, considerando la etiología de la afección; pero establecer como regla absoluta el espacio de un año antes de empezar dichas aplicaciones, no deja de ser una exageración extremada, sin justificación ninguna en casi la mayoría de los hemiplégicos. Las aplicaciones eléctricas galvánica y farádica es indudablemente el medio

más eficaz y rápido para conseguir todo cuanto es posible lograr en estos enfermos, y, por otra parte, mientras más se demoren estas aplicaciones, más largo tendrá que ser el tratamiento para alcanzar algún resultado favorable. Así es que en este particular creemos, por lo que la práctica de infinitos casos nos ha enseñado, que no puede señalarse una época fija para empezar la galvanización de los músculos. Habrá ocasiones en que será necesario aguardar un año y más; pero en otras bastará con que hayan trascurrido tres ó cuatro meses desde el accidente inicial.

Preséntase en último término la indicación de las aguas minerales termales, entre las que citan los autores, las de La Malou, en Francia (1), y de las cuales, unas son recomendables por su acción tónica sobre el sistema nervioso, y otras por su acción sedativa sobre los dolores, las contracturas, las artritis, etc.

Dr. E. Vilches

---

## Oftalmología.

**Sobre la terapéutica específica de las cataratas seniles en su principio,** por el profesor Königshöfer, de Stuttgart. *(La Clinique Oftalmologique.* Paris. Janvier.)

En la relación de la 35.ª reunión de la «Société d'Ophtalmologie d'Heindelberg, encuentro una comunicación, según la cual el profesor Römer, de Greifswald, ha ensayado detener la evolución de las cataratas seniles por la administración de extractos orgánicos sacados de cristalinos de animales.

Resulta de su hipótesis, que si esta forma de catarata se establece por formación de tejido nuevo en el cristalino bajo la influencia de citotoxinas específicas de esta forma, sólo las cataratas seniles deben ser tratadas por extractos de cristalinos.

Para este tratamiento han hecho preparar, por los laboratorios, Meister, Lucius y Bruming, un extracto de cristalinos de animales, el cual encierra, bajo una forma química, todos los principios esenciales.

Römer declara que él ha comprobado en numerosos casos una mejoría muy manifiesta de la visión, y que este resultado no puede ser puesto en duda por el hecho de observaciones mal dirigidas.

Yo he expuesto mi opinión sobre este punto, apoyado en observaciones que yo he hecho cada año, desde Octubre de 1897 hasta Abril de 1901. Para mis ensayos había yo hecho preparar, por la

(1) En España, Fitero, Villavieja de Nules, Alhama, etc.

casa Td. Löflund et Cie., una gran cantidad de extracto órgano-químico de cristalinos de animales, que se presentaba bajo la forma de un polvo siempre idéntico, de conservación segura sin sabor y sin olor. Yo he tratado un regular número de enfermos con este polvo, y en algunos el tratamiento ha sido continuado durante tres ó cuatro años.

Pero los resultados de mi experiencia no permiten afirmaciones rigurosas, porque la mayor parte de las veces notaba una marcha muy lenta en la mejoría de las cataratas, y en otras, en la mayor parte de los casos, no se trataba de cataratas espontáneas.

Desde 1901 no me he ocupado más de estos estudios. Yo estimaba demasiado mínimos los resultados obtenidos, tanto más, cuanto que en un gran número de cataratas incipientes me parecía haber obtenido, con las preparaciones iodadas, resultados más satisfactorios.

La comunicación de Bömer autorizaba objeciones de mi parte sobre la garantía (en lo que conviene á este punto) de la casa Löflund, que desde 1901 había puesto á mi disposición extractos opoterápicos de cristalinos.

Yo quiero sacar nuevos argumentos de los medios de investigación científica puestos á mi disposición. Después de mis manifestaciones, la casa Löflund ha asegurado que sus preparaciones representaban exactamente la equivalencia de la sustancia cristaliniana; y esta afirmación tiene de mi parte un valor tanto más grande, cuanto que dichos productos eran preparados exclusivamente para mi uso.

Yo he hecho parte á la casa Löflund porque, según mi consejo, esta discusión supone una conclusión que hay que someter á las opiniones de los numerosos compañeros que estudian estas cuestiones.

A este respecto, en mi práctica del tratamiento iodado de las cataratas, yo precisaré que durante estos siete últimos años he tratado más de cien cataratas, pero sin haber observado ulteriormente estos enfermos lo necesario para sacar conclusiones suficientemente demostrativas para ser publicadas.

Pasado algún tiempo haré una comunicación sobre el particular y, por lo tanto, sobre mi práctica durante treinta años.

---

**Oftalmía simpática después de la visceración y operación de Mules,** por M. H. Gifford. (*La Clinique Ophtalmologique*, Paris, Février.)

El autor de este artículo refiere un caso de oftalmía simpática que él observó á consecuencia de la operación de Mules, practicada por él poco tiempo antes; y considerándose en cierto modo responsa-

ble de este caso desgraciado, busca en la literatura médica la frecuencia relativa de este accidente, para decidir si conviene, á cambio de una ventaja puramente estética, exponer los enfermos á la pérdida completa de la visión.

La operación de Mules es, en efecto, una operación de prótesis, que consiste en introducir en el ojo abierto y perdido para la visión una pequeña bola de metal ó de cristal que ocupa el lugar del vítreo.

He aquí el resumen del caso en cuestión: El 15 de Septiembre de 1903, un hombre de cuarenta y cinco años se hirió el ojo derecho con un tallo de flor desecada. Tres semanas después se presentó en la consulta con una cicatriz triangular de la esclerótica, cámara anterior reducida, cristalino oparificado, congestión profunda y ningún reflejo del fondo del ojo. «Como á despecho del tratamiento la congestión persistía, la operación de Mules fué practicada el 17 de Diciembre; se introdujo una pequeña bola de cristal á través de una abertura esclerotical por encima de la córnea, que quedó en su lugar.» El enfermo volvió el 28 de Julio de 1904, diciendo que el otro ojo que estaba normal en el primer examen se ponía doloroso, y que la vista disminuía desde tres días. Una oftalmía simpática fué diagnosticada; el muñón, que no parecía irritado, fué enucleado inmediatamente, y bajo la influencia de un tratamiento enérgico por el salicilato de sosa, el ojo izquierdo se aclaró rápidamente; á fin de mes, el enfermo volvió á su casa con una visión casi normal.

El 26 de Enero de 1905, el enfermo volvió otra vez con un glaucoma agudo, que á pesar de una iridectomía y de varias esclerotomías, terminó por la ceguera completa.

Cuando se ve, dice el autor, uno de estos enfermos volverse ciego después de una operación en manera alguna imprescindible, no puede uno escapar al remordimiento de no haber seguido la línea de conducta tradicional.

Este caso, ¿es excepcional? Es lo que se nos va á contestar por el simple examen de la literatura de la medicina inglesa.

El autor hace notar trece casos de oftalmía simpática después de la operación de Mules; estos son, únicamente expuestos, los siguientes:

Dos casos de R. Cross (*Ophtal. Review*, 1887, pág. 236).—Caso de Coleman (*Ophtalmic Record*. Juin, 1899, pág. 307).—Caso de Faith (*Ibidem*).—Tres casos referidos por Chornley, Cross y Bickerton (Trans. Ophtal. Society United Kingdom, XVIII).—Caso de Suker (Intern. Ophtal. Congress. 1900.—Caso de Carrow (Ibidem). — Caso de Thomson (Trans. Amer. Ophtal. Society, X). — Caso de Bizers (*Brit. med. Jour.*, Diciembre 1906). — Caso de Ziegler (*Ophtalmic*

*Record*, Agosto 1908).—Y caso de Goldbdrg (*Ophtalmic Record*, Agosto de 1908).

Se puede objetar á esta enumeración de casos, que la oftalmía simpática ha sido observada también á consecuencia de enucleaciones simples; pero siendo esta operación infinitamente más frecuente, los casos observados son proporcionalmente muy raros.

De otra parte, en el caso personal que es origen de este estudio, la oftalmía simpática no ha sido la causa directa de la ceguera, que debe ser atribuída al glaucoma; pero aun admitiendo que la oftalmía simpática no sea parte en la aparición del glaucoma, no es menor verdad que la primera afección ha dejado el ojo en un estado de menor resistencia.

Él declara su *mea culpa*, pero él sabe bien, dice G. Chevalier, que la publicación de los hechos que preceden no impedirá á sus colegas de practicar la operación de Mules ú otras operaciones análogas; es preciso, en efecto, tener, uno mismo, uno de esos casos desgraciados, para comprender que solamente su posibilidad debe impedir arriesgar por un resultado tan pequeño una función tan importante como la de la visión.

En todo caso, antes de hacer nada, es justo exponer claramente la cuestión al enfermo y dejarle una libre elección.

D. G. Leoz

## Vías urinarias.

**Prueba del carmín-índigo para determinar el valor funcional del riñón**, por el Dr. Luys. *(Revue pratique des maladies des organ. genito-urinaires.)*

Los métodos de eliminación provocada se consideran por algunos autores como capaces de proporcionar datos precisos aplicables al tratamiento de las afecciones quirúrgicas del riñón. Consisten en inyectar bajo la piel ó hacer tomar por vía gástrica cierta cantidad de materia colorante ó de una determinada sustancia, y dosar dichos cuerpos algún tiempo después de su eliminación por la orina. Las más usadas son el azul de metileno, la fuchina, rosanilina y el carmín índigo introducido en la práctica corriente por Voelcker y Joseph.

*Técnica.*—Se disuelven cuarenta centigramos en diez centímetros cúbicos de suero fisiológico, con lo que resulta una solución al 4 por 100; una vez esterilizada, se toman cuatro centímetros cúbicos de la solución y se inyectan en los músculos de la nalga.

La coloración azul de la orina aparece normalmente diez minutos después de la inyección, durando de dos á cinco horas.

Este método puede servir: 1.°, para marcar durante la cistoscopia el sitio de los orificios ureterales; 2.°, para estudiar la eyaculación ureteral; 3.°, para estudiar el funcionamiento renal.

Cuando un riñón funciona bien, se ven durante la cistoscopia después de inyección de carmín índigo, con suma claridad los meatos ureterales; en el momento de la contracción ureteral, un chorro de orina fuertemente coloreado emerge por el meato; es un buen medio que ayuda poderosamente á los principiantes en cistoscopia.

El modo de eyaculación ureteral se observa con precisión en todas sus modalidades después de la inyección de carmín índigo; la eyaculación ureteral normal se puede comparar al humo que saliese de una chupada de cigarro, y se produce, por término medio, cada veinticinco ó treinta segundos.

Existen diferentes modos, correspondientes á diversos estados del riñón, de eyaculación ureteral; por ejemplo, en caso de riñón única, las eyaculaciones son más frecuentes y vigorosas; en las pionefrosis abiertas las eyaculaciones son tardías, á veces con intervalos de dos ó tres minutos, y el chorro de orina sale babeando.

La eliminación del carmín índigo es incapaz de dar por sí sola seguridades respecto al funcionamiento renal; si la eliminación por la orina es defectuosa, es verdad que puede pensarse en mal estado de riñón; pero si es buena, no se debe llegar á la conclusión de que los dos riñones funcionan bien. Para dar á esta prueba verdadero valor, es preciso combinarla con separación de orinas, cateterismo ureteral, etc.

**Rotura completa de la uretra: retención urinaria. Uretrorragia,** por el Dr. Pedro Cifuentes. (*Revista Clínica de Madrid*, 15 Febrero 1909.)

Se trata en este caso de un niño de nueve años de edad, que sufrió una caída á horcajadas sobre una barra de hierro; con gran dolor y pequeña uretrorragia le condujeron á su domicilio, donde intentaron sondarle sin resultado; trascurrido un día en completa retención, lo llevaron al Hospital de la Princesa, y he aquí los síntomas que el Dr. Cifuentes observó: equimosis perineal intenso, extendido hasta la parte inferior del escroto; periné abombado con tumefacción que insensiblemente se pierde por detrás de las bolsas; nada de uretrorragia; retención completa de orina, haciendo relieve en el abdomen la vejiga; estado general, satisfactorio; ausencia de fiebre.

Con muy buen juicio, desistí de toda maniobra de cateterismo y procedí á lo que el enfermo requería, á la intervención: incisión sobre el rafe perineal desde la raíz de las bolsas hasta tres centíme-

tros por delante del ano; seccionada la aponeurosis superficial, salió por la herida alguna cantidad de orina y coágulos sanguíneos, los que en bastante cantidad ocupaban el espacio comprendido entre dicha aponeurosis superficial y la media. Limpio el foco, pudo apreciarse la completa rotura de la uretra en su porción bulbar, con la siguiente separación de los dos cabos, siendo visible el periférico, que se hizo más ostensible, introduciendo una sonda de Nélaton por el meato. Para encontrar el cabo posterior hubo necesidad de desembarazar por completo de coágulos el fondo de la herida, y orientarse con sonda acanalada, consiguiéndolo después de algunos tanteos.

Retirada la sonda acanalada, se introdujo en la vejiga una de Nélaton para vaciarla; una vez conseguido, se retiró igualmente la que primeramente se colocó en el meato, y se procedió á la sutura de los extremos con catgut fino, reuniendo con tres puntos, que comprendían todo el espesor de la pared, la parte superior de la sección del canal; restaurada la pared superior, se introdujo una sonda olivar por el meato, què sirvió de fiador para guiar de atrás á adelante la sonda que se había colocado en la vejiga para dejarla permanente.

Dos puntos laterales y tres anteriores, sin comprender mucosa, terminaron la anastomosis sobre la sonda; reunión de tejidos periuretrales, sutura de piel, drenaje con gasa en el ángulo inferior de la herida y lavado de vejiga con disolución de nitrato de plata al 1 por 1.000, en previsión de posible infección.

Nada de particular ocurre, salvo algún movimiento febril, que cedió á ciudadosos lavados de vejiga y renovación de apósitos, quitando la sonda al séptimo día, para continuar después la dilatación cada tres días, y quedando únicamente como residuo de este proceso patológico una pequeña brida á nivel del bulbo uretral que en nada dificulta el paso de sondas y bujías.

Como dice muy bien el Dr. Cifuentes, dos indicaciones principales había que llenar: abertura de hematoma perineal y restablecimiento del canal uretral.

Termina su trabajo haciendo atinadas consideraciones acerca de la conveniencia de regularizar y refrescar los extremos contundidos para mejor éxito de la sutura uretral, teniendo presente que en las roturas uretrales no hay que echar en olvido sus semejanzas con las heridas contusas.

**Tratamiento del riñón móvil,** por el Dr. Lepoutre. (Tesis de la Facultad de Medicina de Lille.)

El autor empieza diciendo: «El que quiera tomar una idea acerca del tratamiento del riñón móvil, no encontrará en los tratados clásicos más que escasa nomenclatura de los distintos procedimientos propuestos, y en folletos y tesis, defensas más ó menos razonadas en favor de una terapéutica señalada como la más perfecta»; y manifiesta su propósito de presentar un cuadro metódico y detallado de todo lo que hay sobre el asunto.

Como la patogenia es aún oscura, si el tratamiento se funda en el concepto etiológico, variará según las circunstancias.

Señala tres tipos principales: doloroso, neurasténico y dispéptico, que responden de distinto modo á la terapéutica empleada.

Consagra el capítulo I á la anatomía y fisiología del riñón.

El capítulo II se ocupa del tratamiento medio y ortopédico. Este último, según el autor, se compone de cinco agentes:

1.° Reposo en posición horizontal.
2.° Masaje de riñón y de los órganos abdominales.
3.° Gimnástica racional.
4.° Medicación y régimen.
5.° Cintura ó faja elástica.

En el capítulo III está ocupado por el tratamiento quirúrgico la nefropexia.

Las indicaciones operatorias las resume en los siguientes:

1.° Si hay compresión de órganos vecinos con síntomas graves (obstrucción intestinal, ictericia, etc.).

2.° Hidronefrosis intermitente: esta indicación es clara y precisa; si se deja formar una bolsa, se expone más tarde á intervención autoplástica más complicada.

3.° Cuando la nefroptosis provoca crisis dolorosas frecuentes é intensas, siendo ineficaces los medios ortopédicos.

4.° Complicación de riñón móvil; se complica con albuminuria, cilindruria ó hematuria. La bilateralidad de la afección no es contraindicación operatoria.

Los métodos operatorios se dividen en procedimientos de fijación parenquimatosa y periférica. La sutura del parénquima renal es inofensiva si los puntos no son muchos ni muy apretados. La decapsulación respeta el tejido noble del riñón, asegura excelente fijación y modifica ventajosamente la función del órgano.

La fijación periférica por medio de colgajos de cápsula parece ser hoy el procedimiento de elección.

---

**El reflejo vésico-uretero-apendicular en dos casos de apendicitis de síndrome vesical,** por el Dr. Finocchiaro. (*Ann. des mal. des organ. genito-urinaires.* París. Febrero 1909.)

En estos dos casos, los síntomas iniciales se presentaron en vejiga. Estos enfermos, que fueron enviados al Hospital con diagnóstico de cistitis, presentaban al examen neuralgia vesical, tenesmo, micción dolorosa; al cabo de tres ó cuatro días se manifestó el síndrome apendicular.

Los trastornos vesicales se disipan; á la exploración rectal se nota que la pared anterior, á cinco centímetros del ano, forma una protuberancia en la cavidad del recto, tensa, fluctuante y caliente al tacto.

Diagnosticado un foco pelviano sub-peritoneal, recto-vesical, interviene el Dr. Boari en un caso por la via inguinal, aislando el peritoneo y buscando camino entre pared lateral de vejiga y recto.

En el otro procede por vía hipogástrica, desplazando vejiga é incindiendo en un punto donde el peritoneo parietal posterior, levantado por el foco, se adhería al parietal anterior. En uno y otro caso el absceso era estercoral; ambos curaron.

Existen en la literatura médica casos de apendicitis, acompañados de trastornos urinarios; pero es que en los dos citados los fenómenos vesicales fueron los primeros, precediendo algunos días al síndrome apendicular clásico. Los trastornos vesicales de la apendicitis se explican, ó por difusión de peritonitis, ó admitiendo que el apéndice, muy móvil, se ha prolapsado en el espacio recto-vesical ó recto-uterino, y de aquí inflamación á vejiga por propagación.

Notorio es que la perforación del apéndice es muchas veces en la cavidad abdominal; pero otras, por desdoblamiento de los dos planos del meso-apéndice, gana el tejido celular pelviano sub-peritoneal, desenvolviéndose el síndrome con ausencia de signos peritoneales. Los trastornos urinarios iniciales se explican, dadas las anastomosis, entre las terminaciones hipogástricas renales y vesicales.

Estas últimas inervan el uréter, cuyas fibras longitudinales profundas se reúnen con las del lado opuesto, formando el músculo inter-ureteral.

Los filamentos nerviosos, bajo la influencia de la inflamación de los tejidos que los rodean, dan la primera señal de alarma por el síndrome vesical (reflejo vésico-urétero-apendicular).

El profesor Boari insiste en la importancia del examen del recto ó de vagina en el curso de una apendicitis, porque puede ser, en ocasiones, el único medio de diagnosticar un foco pelviano.

Entre las tesis que últimamente he recibido, hay dos muy inte-

resantes de la Facultad de Medicina de Burdeos; titúlase la primera: *De L'Hématurie dans certains cas d'hydronéphroses,* por el Dr. Louis-Eugène Fargeot.

Divide su autor la tesis en los siguientes capítulos:

1.° En el que trata historia y frecuencia de las hematurias en las hidronefrosis simples.

2.° Dedicado á la exposición de trece observaciones.

3.° En el que se ocupa de etiología, mecanismo y anatomía patológica.

4.° Síntomas y diagnóstico.

5.° Pronóstico y tratamiento; insiste justamente en esta parte acerca de las complicaciones, todas graves, de la hidronefrosis, infección secundaria, produciendo una pionefrosis, obliteración completa del uréter y consiguiente aumento de la tumoración, pudiendo llegar, ya á la rotura de la bolsa en el peritoneo ó un órgano vecino, ya á la compresión de los órganos abdominales.

Termina el trabajo con las siguientes conclusiones:

1.ª Al lado de las hematurias renales, debidas á cálculos, á tuberculosis ó á neoplasmas, existen otras puramente congestivas, originadas frecuentemente por retención de orina y distensión de la pelvis renal.

2.ª Generalmente, es difícil saber, sólo por el examen clínico del enfermo, si la hidronefrosis es la única responsable de la hematuria ó interviene otra causa, cálculo, cáncer, etc. Sólo la intervención quirúrgica pondrá en claro la cuestión.

3.ª La hematuria agrava mucho el pronóstico de la hidronefrosis, porque, aumentando la presión del líquido retenido, favorece la ruptura de la bolsa y la compresión de los órganos abdominales. Además, debilitando al enfermo, lo pone en condiciones de menor resistencia á la infección.

4.ª El único medio de cohibir las hemorragias renales, es suprimir la causa de la congestión que las entretiene, establecer el curso normal de la orina, llegando cuando sea preciso á la nefrectomía.

La otra tesis se titula *Contribution a l'etude de la prostatectomie transvésicale totale,* por el Dr. Joseph-André Parcelier.

Es un extenso trabajo de 194 páginas, comprendido un nutrido índice bibliográfico. A continuación traducimos las conclusiones que resumen todo lo tratado:

1.ª Queda demostrado que ni Fuller ni Freyer fueron los primeros en hacer la prostatectomía transvesical; tal honor corresponde á Mac-Gill, que la practicó en 1888. Largo tiempo discutida en el continente, hoy cuenta la operación de Freyer tantos partidarios como adversarios tenía hace dos años, y, aparte la cuestión de prioridad,

el cirujano londinense ha sido el verdadero vulgarizador de la prostatectomía transvesical.

2.ª Ninguna de las modificaciones de detalles propuestos á la técnica de Freyer merecen tenerse en cuenta. La importancia de los cuidados pre y post-operatorios es de capital interés: el estado de los riñones será objeto de atención preferente; los prostatectomizados mueren, sobre todo por insuficiencia renal La operación de Duval, practicada pocas veces para poder apreciar su valor, tiene contadas indicaciones; por el contrario, la operación en dos tiempos (cistestomía, seguida al cabo de algún tiempo de prostatectomía) ha dado buenos resultados, y está indicada en los casos de infección grande de vejiga y vías superiores.

3.ª Las indicaciones y contraindicaciones operatorias pueden dividirse en dos grandes categorías: A) indicaciones y contraindicaciones generales, en las que intervienen factores tan importantes como edad, volumen y deformación de la próstata, estado de riñones, ídem de la contractilidad vesical, ídem del corazón y pulmones, ídem del aparato genital y posición social de los enfermos; B) indicaciones y contraindicaciones particulares á los grandes tipos clínicos, correspondientes á primer período del prostatismo, retenciones agudas ó recientes y retención completa crónica, retención completa crónica con infección, retención crónica incompleta sin distensión, ídem con distensión y retención sin hipertrofia prostática. La existencia de cálculo hace aún más extensas las indicaciones de la prostatectomía.

La legitimidad de la prostatectomía por cáncer está, hoy por hoy, sin resolver en definitiva.

Por último, el método de Freyer está indicado igualmente en los casos de absceso prostático en el curso de una hipertrofia de dicho órgano.

DR. CARLOS NEGRETE

# BIBLIOGRAFÍA

**Tratamiento de la tuberculosis por la tuberculina,** por José Verdes Montenegro.

Hemos leído muy detenidamente este trabajo—premio de la Real Academia de Medicina de Zaragoza,—y nos ha seducido por la profundidad de conceptos, la novedad en las materias y las galanuras de estilo que encierra. Bien puede decirse que esta Memoria representa el resumen y compendio de lo que hoy se sabe sobre este importante asunto. Es muy notable, entre otros, el capítulo que describe la técnica seguida por el autor, cuyo capítulo comprende el *coeficiente de las dosis*, *generalidades de técnica, hipersensibilidad*, *resistencia orgánica, taquicardia*, *anemia, fiebre, dosis óptima* y cuantos detalles son precisos para aplicar la tuberculina en el tratamiento de los tuberculosos de un modo científico y racional. Creemos que todo el que piense tratar tuberculosos por la tuberculina, consultará con fruto el trabajo del ilustre director del Real Dispensario Antituberculoso de María Cristina, á quien no nos resta más que repetirle el testimonio de nuestra admiración.

---

**La sífilis en la descendencia.—Higiene de los heredo-sifilíticos,** por Antonio Lecha-Marzo.

Este joven, de extraordinaria mentalidad, honra de la clase, nos ha saludado hace unos días con este nuevo producto de su vigoroso entendimiento. No es la primera vez que el Sr. Lecha-Marzo recibe las más sinceras felicitaciones de esta casa, donde rendimos profunda veneración al trabajo, lema de nuestra existencia. Así es que hoy no tenemos más que reiterarle nuestro más sincero aplauso por lo bien hecho de su último trabajo, y por el gusto y buen sentido que demuestra, citando, á la par que nombres de autores extranjeros, los de unos cuantos obreros españoles, orgullo de nuestra profesión.

DR. A. MUT

# SECCIÓN CLÍNICA ORIGINAL

## NOTAS CLÍNICAS

### TRATAMIENTO DE LAS ANEXITIS

CONFERENCIA DADA EL DÍA 4 DE FEBRERO DE 1909 EN EL INSTITUTO RUBIO

POR EL DR. EUGENIO GUTIÉRREZ

Señores: Si hubieran de juzgar ustedes del tratamiento de las anexitis por lo que á diario observan en la clínica, sacarían la desconsoladora conclusión de que las inflamaciones de la trompa y del ovario no se curan sino á costa de la mutilación del aparato genital interno, ya que ellas prestan el mayor contingente á la sección de Ginecología de este Instituto para las intervenciones quirúrgicas que semanalmente realiza. Y como es preciso que sepan que puede obtenerse la *restitutio ad integrum* de la trompa y del ovario, afectos de inflamación por otros medios que los cruentos, he querido hacer de este asunto el motivo de mi conferencia; pues bien lo merece la importancia de un padecimiento que acarrea tan profundas perturbaciones en el organismo femenino, convirtiendo en prematura vejez la juventud más florida, en amargo calvario la felicidad soñada, y llevando el dolor y las lágrimas al seno de la familia, á la vez que su maléfico influjo trasciende á la vida social, secando prematuramente las fuentes de la maternidad.

Á los progresos realizados por la Cirugía ginecológica en los últimos treinta años, somos deudores del conocimiento exacto que hoy tenemos de las salpingo-ovaritis y de su aterradora frecuencia, bastante demostrada antes por las necropsias; pues Lewers halló 17 veces estas lesiones en 100 autopsias; Galabín, 12 en 302, y Winckel, 182 en 575.

Excepcional en la infancia, y rara en las mujeres de edad avanzada, la salpingo-ovaritis es una enfermedad del período genital de

la mujer, y alcanza su mayor frecuencia de los veinte á los treinta y cinco años.

Entre 2.150 enfermas examinadas en la consulta de Ginecología de este Instituto, en un período de cinco años, anotó el Dr. Lizcano 246 casos de inflamaciones salpingo-ováricas, ó sea el 11,4 por 100. De estos 246 casos, eran del lado derecho 110; del izquierdo, 83, y bilaterales, 55.

Clasificadas por su forma, resultaron simplemente inflamatorias 209, de las que eran unilaterales 163 y bilaterales 46; quísticas, 25, de ellas 15 del lado derecho, 5 del izquierdo y 5 bilaterales; supuradas, 12; 4 del lado derecho, 6 del izquierdo y 2 bilaterales.

De origen infeccioso siempre, las anexitis pueden ser ocasionadas por distintos gérmenes, figurando en las estadísticas por orden de frecuencia el *gonococo*, que algunos autores, como Menge, han encontrado en el 25 por 100 de los casos, y que para Sänger es el causante del 90 por 100; en nuestra estadística de cinco años, de 44 casos de anexitis no supurada, 29 eran gonocócicas, ó sea el 65 por 100, y de 12 casos supurados, 6 reconocían por elemento causal el gococococo, ó sea el 50 por 100. Siguen después el *estreptococo* solo ó asociado al *colibacilo,* el *estafilococo piógeno,* el *bacilo fímico* y el *pneumococo.*

Bien se verique la infección á través de la misma mucosa uterina, ó por vía linfática ó sanguínea, según el agente causal que la haya provocado, las lesiones anatomo-patológicas variarán en cuanto que el órgano primitivamente atacado sea el ovario ó la trompa, y su intensidad estará en relación con el grado de virulencia del agente patógeno.

Admitido que algunas veces puede el ovario ser asiento de una inflamación, sin que la trompa esté afectada, lo más común es lo contrario; es decir, que las infecciones de la trompa alcancen al ovario, ya directa, ya indirectamente. Por eso comprendemos bajo la denominación de *anexitis* las inflamaciones que sufren ambos órganos, por lo mismo que su sintomatología se confunde; y como todos los agentes infecciosos ya indicados pueden dar lugar á las mismas lesiones, no cabe hacer de aquéllas una clasificación basada en el elemento causal, debiendo atenernos á la clínica, que agrupa las anexitis, según su forma, en hiperplásticas y quísticas, pudiendo el contenido de éstas ser seroso, hemático ó purulento.

Cualquiera que sea el camino recorrido por la infección, á partir de la mucosa uterina, es la trompa la que sufre de un modo perentorio sus consecuencias, desarrollándose en su mucosa y en su parénquima la serie de alteraciones que caracterizan el proceso inflamatorio, alcanzando también el peritoneo y el ovario, estableción-

lose adherencias entre estos órganos que dificultan su función, y erminando por obliterarse el extremo abdominal de la trompa, que ie convierte en un saco cerrado donde se acumulan los detritos de a inflamación.

La naturaleza dispone entonces sus defensas alrededor de este foco, provocando una pelvi-peritonitis circunscrita, cuyos exudados recubren la trompa y el ovario; y si la infección es de origen gonorreico, estos exudados se convierten bien pronto en una cubierta fibrosa y resistente, en tanto que en el interior del conducto tubárico se verifica la fusión purulenta de los elementos epiteliales y de los productos retenidos; al agudizarse esta inflamación durante cada período menstrual ó por el traumatismo de las relaciones sexuales no interrumpidas, las alteraciones anatómicas descritas son más notables y conducen á un proceso hiperplástico que termina por la adherencia íntima de diferentes órganos (intestinos, epiplón, útero y anejos), dando lugar entonces á lo que se llama *sínfisis genital*.

Estos procesos constituyen el más terrible martirio para las pobres enfermas, que se ven condenadas á la inacción por la frecuencia con que se repiten las agudizaciones de la inflamación peri-anexial y por la lentitud con que ésta se resuelve.

Ya lo dijo Courty, cuando la laparatomía no había sido aún aplicada al tratamiento de las anexitis: «La inflamación peri-uterina es grave por la duración indefinida y la incurabilidad natural de la forma crónica, por los peligros continuos que hacen correr las agudizaciones y las amenazas de consunción.»

«Si se deja á la enfermedad tomar incremento ó prolongarse, la consecuencia es la esterilidad.»

Bajo dos estadios se puede presentar la salpingo-ovaritis á nuestra observación: el agudo y el crónico.

En el primero, no siempre es fácil hacer un diagnóstico preciso, por la difusión de los signos físicos y la dificultad de una exploración detenida á causa del dolor que ésta provoca, así como se prestan á confusión los síntomas á que dicha inflamación da lugar; pues los escalofríos, la fiebre, la náusea y el vómito, la frecuencia de pulso, la exagerada sensibilidad y la tumefacción de los fondos vaginales, la timpanización del vientre, los dolores en la región hipogástrica, etc., en un principio pueden también referirse á la inflamación del peritoneo ó del tejido celular pelvianos, obligándonos á esperar unos días para proceder á un examen que confirme nuestros juicios. Muchas veces he tenido ocasión de ver y tratar enfermas por anexitis que habían sido consideradas como infecciones intestinales, error que se evitaría seguramente haciendo una exploración vaginal en ocasión oportuna por medio del tacto, que desde

luego revelaría una tumefacción á uno ó á ambos lados del útero, muy dolorosa á la más ligera presión, limitada hacia la pared lateral de la pelvis, separada hacia dentro por un surco del borde uterino, y haciendo quizás prominencia en el fondo peritoneal de Douglas.

Dada la relación de los anejos del lado derecho con el apéndice, por las comunicaciones linfáticas descritas por Clado en 1891, y corroboradas más recientemente por Körte, valiéndose de la inyección practicada en el meso-apéndice, no tiene nada de extraño que se haya podido confundir la salpingo-ovaritis en sus comienzos con la apendicitis. Pero si se tiene en cuenta que en ésta los fenómenos peritoneales son más graves, la fiebre más alta, la defensa muscular mayor, la sensibilidad de la pared abdominal más extensa y exagerada, la localización del dolor más elevada (en la fosa ilíaca ó limitada al punto de Mac Burney), en tanto que hay ausencia de él en el fondo vaginal derecho, rara vez habrá necesidad de recurrir á la anestesia clorofórmica para hacer el diagnóstico diferencial. Cuando coexisten los síntomas y signos físicos de una apendicitis y de la salpingo-ovaritis del lado derecho, la terapéutica durante la fase aguda será la misma, en tanto no revistan gran intensidad los fenómenos generales; pues de lo contrario, nos veremos obligados á intervenir por medio de la laparotomía, que no sólo esclarecerá el diagnóstico, sino que podrá curar ambos padecimientos.

Durante la fase subaguda ó crónica, ya es más fácil el diagnóstico de la anexitis, pues el tacto y la palpación combinados apreciarán al nivel del cuerno uterino un engrosamiento más ó menos voluminoso en su principio, tumoración oblonga después, en la cual se funden la trompa y el ovario, que no goza de movilidad resistente ó la tiene muy escasa, dolorosa á la presión y con frecuencia bilateral, y cuyas molestias se irradian hacia la vejiga, el recto y aun á los muslos, á la vez que se acompañan de trastornos menstruales.

Las anexitis quísticas y purulentas no ofrecen duda por los antecedentes y por los signos locales que una mano ejercitada puede apreciar, y todos los que asisten constantemente á la consulta observarán con qué facilidad diagnostican ya estos procesos, sólo enmascarados por las adherencias y los exudados de la pelvi-peritonitis cuando se trata de salpingitis purulenta bilateral ó á focos múltiples, hallándose conglutinados los órganos pelvianos y recubiertos por el epiplón adherido íntimamente á ellos. En estos casos toma parte en el proceso el tejido celular, y es muy difícil orientarse cuando se halla aquél en estado crónico, pues el tacto sólo acusa una dureza que rodea al cuello uterino por todas partes y llega á las paredes de la pequeña pelvis, inmovilizando por completo el

útero, mientras que por el recto se nota una estrechez formada al nivel del fondo de Douglas por un grueso rodete de consistencia leñosa, que, dificultando la función intestinal, viene á complicar la triste situación de estas enfermas. Por las piezas patológicas que les presento, y han sido recogidas en la sala de operaciones, se darán cuenta de las distintas formas que adoptan las colecciones purulentas salpingianas y de los caracteres macroscópicos y clínicos de éstas y del hidrosalpinx.

Pero el asunto más interesante, y que sirve de motivo á esta conferencia, es el que se refiere al tratamiento de estas salpingo-ovaritis.

Si fuera más hacedero, el tratamiento profiláctico no sólo disminuiría el número de anexitis, sino que suprimiría tantas intervenciones mutiladoras como se han ideado y se practican por esta causa, y que, según la frase gráfica de Polacco, «constituyen, más que un progreso real, un verdadero reconocimiento de nuestra impotencia para curar las enfermedades útero-ováricas; impotencia que se traduce, una vez reconocida la enfermedad, en el sacrificio del órgano enfermo».

Esta profilaxis, de la que ya me he ocupado en otras publicaciones, incumbe tanto á la mujer como al médico y al Estado. En la educación de las jóvenes debería ser obligatorio el capítulo de la higiene relativa á las funciones del aparato genital, á fin de que, al llegar á la pubertad, pudiera darse cuenta la mujer de los cambios que en su organismo se realizan, de las funciones que en lo sucesivo está llamada á desempeñar y de la necesidad absoluta en que se encuentra de dirigir estas funciones en el sentido de la más perfecta normalidad, para evitar trastornos que comprometan su salud y quizás su vida. De este modo atendería cualquier trastorno que en su función menstrual se presentara, y no tendría reparo en exponer á sus padres y al médico sus observaciones, prestándose á los reconocimientos que fueren precisos.

Aleccionada en los cuidados que exigen los nuevos destinos de la mujer casada, sin los escrúpulos que crea la rutinaria tradición, hija de la incultura y del pudor mal entendido, sería un poderoso auxiliar de las determinaciones del tocólogo, en evitación de accidentes que comprometen la vida durante el estado puerperal.

Por su parte, el médico deberá vigilar cuanto se relaciona con la infección estreptocócica y estaflocócica, tener noción exacta de la asistencia del parto y del aborto, con arreglo á lo que hoy demandan la Ciencia y el Arte obstétricos, procurando poseer una completa cultura tocológica para intervenir con acierto; observando la limpieza más escrupulosa ó la antisepsia más perfecta antes, du-

rante y después de tales actos; reparando del mejor modo y lo más pronto posible las lesiones, á veces inevitables, que se hayan producido en el trayecto genital, y que son puerta de entrada para todas las infecciones; dando á la higiene de la puérpera mayor importancia de la que ordinariamente se le concede para no interrumpir ó trastornar con prácticas intempestivas ó condescendencias punibles la perfecta involución del aparato genital, é impidiendo que en el matrimonio se cometan transgresiones perjudiciales antes de la completa restitución funcional.

Lo mismo que es deber del tocólogo evitar la infección puerperal, procurará el ginecólogo esforzarse en prevenir la que procede de los reconocimientos y de las intervenciones quirúrgicas. Hay una precaución que nunca debe olvidarse, aparte de la asepsia, y es la de no intentar traumatismo alguno sobre el útero cuando existe la más leve sospecha de inflamación anexial; pues muchas veces, la dilatación mecánica de aquel órgano, el raspado y aun la simple histerometría, han bastado para agudizar una salpingitis que parecía adormecida, y provocar una explosión en el peritoneo que termina por la formación de un absceso, máxime si hubo algún descuido en la antisepsia.

Siendo la infección blenorrágica la causa más frecuente de las anexitis purulentas, es deber de los médicos instruir á la juventud, mostrar al adolescente los peligros á que expone muchas veces la satisfacción de los deseos sexuales, intensos, irresistibles en esta edad, y enseñarle á evitar aquéllos por medio de conferencias, de cartillas higiénicas y de lecciones en los colegios sobre las enfermedades á que puede dar lugar la venus, siguiendo con ello el ejemplo del ilustre especialista Dr. Azúa, quien vulgariza entre la numerosa clientela, hospitalaria y particular, los conocimientos más indispensables en esta materia, por medio de unas sencillas instrucciones.

Deben los Gobiernos preocuparse de ejercer una vigilancia sanitaria eficaz, creando numerosos consultorios gratuitos, en los cuales se facilitaran á la vez los medicamentos, castigando á los venéreos confirmados que eludiesen el tratamiento médico obligatorio, y reglamentando seriamente la prostitución tolerada, con lo cual habría mayores facilidades para prevenir la propagación de la blenorragia, y de este modo la aparición de las complicaciones anexiales.

Otro punto importante de profilaxis, es el que se refiere al matrimonio de los individuos que poco tiempo antes padecieron una blenorragia ó tienen aún la gota militar.

Si en los códigos de todos los paises se consignaran artículos para castigar el crimen que, consciente ó inconscientemente, cometen muchos hombres al llevar á su lecho nupcial, con los primeros

transportes del placer sensual, el germen del dolor que ha de atormentar, quizás para toda la vida, á la inocente enamorada que le abandona su cuerpo en aquellas caricias, es bien seguro que los ginecólogos no tendríamos que practicar tantas mutilaciones, al presente justificadas, pero que constituyen un mal social, del cual debemos preocuparnos.

Como usteden ven, el tratamiento profiláctico de las anexitis es muy complejo, pero en gran parte realizable, si los médicos llevamos nuestra caridad hasta el medio social con la autoridad de nuestro sacerdocio y el interés científico que reclama asunto tan importante.

Tratemos ahora de los medios positivos con que contamos para combatir la salpingo-ovaritis, una vez declarada.

Es el primero la quietud, el reposo absoluto en cama durante tiempo ilimitado, hasta que el proceso inflamatorio haya entrado en franca resolución, y aun entonces se prohibirán el ejercicio y las relaciones sexuales para evitar nuevos ataques hasta resolución completa.

Durante la fase aguda se impone, además de la quietud, el tratamiento médico que tiende á calmar el dolor, limitar la inflamación y favorecer la reabsorción de los exudados inflamatorios, á la vez que á reforzar los elementos de defensa y de reacción del organismo.

De muy antiguo se recomendaron los medios antiflojísticos y descongestionantes, figurando el calor húmedo en primera línea, bajo la forma de cataplasmas y de fomentos calientes sobre el vientre, los que no eran más que medios hiperhemiantes; pero empleado el calor bajo esta forma, pierde á los pocos minutos su propiedad hiperhemiante, y desciende la temperatura á una cifra inferior á la normal del cuerpo, como no se renueven las aplicaciones con muchísima frecuencia, lo cual supone un trabajo extraordinario para las familias ó enfermeras y una gran molestia para las enfermas.

Elevada por Bier y su escuela la hiperhemia á la categoría de método científico, considerándole como un esfuerzo curativo de la naturaleza muy beneficioso, y no como un síntoma morboso, á la vez que su ayudante Klapp, con sus experimentos sobre animales, ha podido demostrar que la hiperhemia producida por el calor sobre una superficie dada de las paredes abdominales no se limita sólo á la piel y á la capa muscular subyacente, sino que, sostenida por cierto tiempo y á un grado conveniente, su acción alcanza á la profundidad, á los órganos pelvianos, no podía menos de ser aplicada esta doctrina del profesor alemán á la Ginecología, con arreglo á los principios establecidos por el autor. Siendo diferente la eficacia te-

rapéutica de la hiperhemia activa ó arterial y de la pasiva ó venosa, sus indicaciones respectivas han de variar también.

La hiperhemia pasiva acentúa el retardo circulatorio, ya de suyo notable en la parte inflamada; imbibe, por tanto, de serosidad los tejidos que son asiento de la inflamación y produce una gran migración leucocitaria; deberá, pues, emplearse este medio «en aquellas formas inflamatorias bacterianas en que se trata de alejar elementos nocivos y de reconstruir rápidamente nuevos tejidos» (*Bier*).

La hiperhemia activa, por el contrario, aumenta la actividad funcional de los órganos, y, por lo mismo, es un medio resolutivo de los más eficaces, que no deberá emplearse en las formas aguda y subaguda de la salpingo-ovaritis, en las cuales tiene su indicación la hiperhemia pasiva, sino en los exudados que quedan como residuos de una inflamación ya apagada.

Según Bier, la hiperhemia pasiva es la determinada por el calor húmedo. Vista la dificultad y la inconstancia de obtener éste por los medios antiguos, empleo hace ya tres años, con gran resultado, el termóforo eléctrico que presento á ustedes. Es una bolsa de tela, en cuyo interior hay un largo conductor metálico de gran resistencia contra las alteraciones físicas y químicas producidas por la acción de la temperatura; este hilo conductor, para ocupar poco espacio, está enrollado en espiral y alrededor de una cinta de amianto, cubierto después todo él con una malla, también de amianto. De esta bolsa sale un largo cordón, continuación de la espiral, que puede ponerse, por medio de un enchufe, en comunicación con la corriente eléctrica de las habitaciones ó de las salas de un hospital. El principio en que se funda el termóforo es el de utilizar el calor producido por la corriente eléctrica que atraviese un conductor que ofrezca cierta resistencia; al cordón de enchufe puede unirse un cordón corto con un interruptor. Estos termóforos, de distintas dimensiones, cuestan hoy 20 pesetas, por término medio, y duran mucho tiempo si se tienen las precauciones que indicaré.

Colocado sobre el vientre (región hipográstrica) un trozo de algodón hidrófilo, á modo de cataplasma, empapado en agua caliente, exprimido y cubierto con un trozo de franela, se aplica sobre él la bolsa ó termóforo, cuyo conductor se pone en comunicación con la corriente eléctrica que se halle instalada en la habitación. A los cinco minutos ó antes alcanza una temperatura de 40° c., y sigue lentamente elevándose á 45°, 50° y 55°. Cuando se puede aguantar esta temperatura, puede mantenerse diez minutos, lo que es muy raro; á veinte minutos no ha podido llegar ninguna de mis enfermas. Basta con 45°, durante veinte ó veinticinco minutos, para que el do-

lor se calme y la enferma experimente gran bienestar; á los veinte minutos se interrumpe la corriente, ó antes si la temperatura se ha elevado á 50° y la enferma no puede soportarla, pues se conserva entre 40° y 50° durante otros veinte minutos, después de haberse abierto el circuito. En algunas de nuestras enfermas se produjeron, durante las primeras aplicaciones en que subió mucho la temperatura, algunas flictenas de quemadura; en todas, después de algunas aplicaciones, aparecieron manchas pardas, oscuras, como las que produce el calor del brasero en las piernas y muslos, que marcaban la dirección de las venas superficiales, en las que, por efecto del éxtasis, sufre la sangre la acción emolítica del calor, que destruye la sustancia colorante y se deposita *in situs*. Deben suspenderse las aplicaciones del termóforo durante las reglas, porque pudieran traducirse en menorragias ó pérdidas excesivas, debidas á la congestión que artificialmente se determina con el calor.

La aplicación del termóforo facilita también la absorción de algunas sustancias medicinales indicadas en estas inflamaciones; así se ve que la pomada de ictiol, aplicada sobre la piel del vientre, se absorbe en mayor cantidad y en menos tiempo cuando sobre ella se aplica dicho aparato.

La hiperhemia activa, que en otros tiempos se procuraba conseguir con los baños de asiento y las duchas calientes, las irrigaciones vaginales, el calor radiante, etc., la ha obtenido Bier con las cámaras de aire caliente de distintas formas, aplicables á las diversas regiones del cuerpo, y que ustedes conocen ya por su obra *La hiperhemia como método curativo,* traducida á nuestro idioma; pero es un recurso molesto y costoso en la práctica particular, que no está en relación con sus escasos resultados, como le sucede al termo-colpeurinter de Mirtl y al termo-regulador de Ulmann.

Un medio hiperhemiante, que constituye la base de los calentadores, en boga hace algún tiempo, es la *Ambrina,* aplicada en Ginecología por el profesor Bossi, de Génova. Es una mezcla anhidra, compuesta de sustancias céreas y resinosas que tienen la propiedad de robar el calor á un elemento cualquiera (introduciéndola en baño-maría ó calentándola directamente al fuego) y de almacenar las calorías que conserva por largo tiempo, y que cede después á los tejidos con los cuales se pone en contacto. Debe, pues, calentarse primero la ambrina; pero sus efectos no son superiores á los del termóforo eléctrico, y su precio más elevado. Es preferible para obtener la hiperhemia activa, la ventosa de Klapp que ven ustedes, y que empleo hace algún tiempo, no tan eficaz en las anexitis crónicas como en los exudados para y perimetríticos, y sobre todo, en las amenorreas asténicas. Con sólo mirar en qué consiste el aparato, compren-

den la manera de aplicarlo, ahorrándome más explicaciones. La aplicación de la ventosa debe durar de quince á veinte ó treinta minutos, interrumpiéndola cada cinco por un momento, y comenzando los golpes de bomba con lentitud, por el dolor que despierta en los primeros instantes.

Durante el período agudo de la anexitis, además del reposo absoluto, de la aplicación del termóforo eléctrico ó de la ambrina, y de la dieta líquida no muy copiosa, procuraremos mantener quieto el intestino con los preparados de opio (tintura tebaica, codeína, ó simplemente los supositorios de morfina), que además servirán para calmar el dolor. Se recomiendan también en este período las inyecciones subcutáneas de suero fisiológico para calmar la sed, reforzar el corazón, excitando la fibra muscular, diluir las toxinas que circulan en la sangre y favorecer su eliminación por medio de una diuresis abundante. Con sólo estos medios se consigue que esta fase aguda se calme en la primera quincena, si nos abstenemos de reconocimientos prolijos y repetidos y de hacer irrigaciones vaginales calientes, que á veces han dado motivo para que estalle la pelviperitonitis. Sólo en el caso de que la inflamación se generalice á todo el peritoneo, y los escalofríos y la fiebre nos hagan temer por la vida de la enferma, estaremos autorizados para practicar una laparotomía en este período.

En el período llamado paroxístico por Doléris, ó subagudo con crisis, éstas se tratarán del mismo modo que la forma aguda hasta que, calmados los dolores y desaparecida la fiebre, aun cuando persiste la sensibilidad exagerada á la presión, puede permitirse á la enferma el traslado de la cama á la *chaisse longue,* ó á un diván, el aumento en la alimentación líquida y algún huevo; se podrán prescribir las irrigaciones vaginales calientes á 43° ó 45°, con cánula vaginal, que permita el retorno del agua sin tocar el periné y hecha á baja presión y en la misma cama, colocado el irrigador á 50 centímetros de altura sobre el nivel de ésta. Con objeto de favorecer la reabsorción de los exudados inflamatorios que van á pasar al estado crónico, saben ustedes que empleamos el ictiol al interior, unido al azul de metileno químicamente puro, que es analgésico y antiséptico á la vez, en forma pilular:

| | |
|---|---|
| Ictiol..... | 0,10 gramos. |
| Azul de metileno químicamente puro.... | 0,03 » |

M. para una píldora; y h. 40 iguales.

Para tomar una por la mañana y otra por la tarde.

A la vez, puede recomendarse la introducción en la vagina de un óvulo de thigenol, previamente reblandecido en agua templada,

cada tercer noche. Este medio tiene una acción resolutiva muy marcada sobre los exudados crónicos, principalmente para y peri-metriticos. Llegado el período crónico, debemos persistir en el empleo de estos mismos medios durante largo tiempo, á veces años, asociándolos, si no hay pus, al masaje, practicado según las reglas de Thure Brant, sobre todo el masaje vibratorio abdominal y vaginal, á la compresión por el método de Pincus, que ustedes ven recomendar y aun practicar en enfermas de la consulta, valiéndose de saquitos de mostacilla del 10, sobre todo cuando se trata de exudados de la pelvi-celulitis y de la pelvi-peritonitis, y aun á la columnización, que es también uno de los elementos de dicho método. Pero, sobre todo, lo que, á mi juicio, completa el tratamiento médico de las anexitis crónicas, y resuelve pronta y eficazmente sus residuos, aun existiendo en algunas colección líquida que se reabsorbe, es el empleo de los baños salinos (aguas clorurado-sódicas-bromo-ioduradas) de Medina del Campo y La Toja, en España, y de Salies-de-Béarn, en Francia. Una estancia de veinte días por lo menos en cualquiera de estos balnearios, en una ó en dos temporadas, para tomar 20 baños á 33°, y de diez á veinte minutos de duración, á la vez que presta mayores resistencias al organismo y previene en cierto modo los paroxismos agudos, favorece la resolución de los exudados que no hayan desaparecido con los medios anteriores, y coloca á las enfermas en un estado de alivio tan notable, aun en los casos más graves, que puede considerarse, y ellas así lo confirman, como una completa curación. No por esto debe abandonarse el tratamiento, pues sólo en la constancia se encuentra la verdadera garantía para evitar las recídivas. Muchos casos de curación podría citar á ustedes, que ya estaban entregados á la Cirugía, persistiendo en el empleo de todos los medios indicados anteriormente; algunas de estas enfermas, con anexitis doble, probablemente gonocócica, han tenido hijos después de su curación, que no les ha costado menos de tres años de tratamiento.

Pero bien vale la pena de hacer estos sacrificios, el poder evitar el más temible del órgano enfermo ó el de todo el aparato genital. Y sólo cuando nos hayamos convencido de que no es posible la curación de la anexitis por los medios múltiples que nos proporciona el tratamiento puramente médico empleado durante bastante tiempo, ó en los casos de piosalpinx único ó doble de algún tamaño, que inutilizan á la mujer para la vida social ó para ganar el sustento, procederemos á intervenir quirúrgicamente, aunque para ello tengamos que sacrificar todo el aparato genital, prefiriendo siempre la vía abdominal, ó la abdominal y vaginal combinadas, como me han visto hacerlo algunas veces, comenzando por desinsertar el útero de

la bóveda vaginal, á fin de facilitar después las maniobras de la hemisección cuando se trate de piosalpinx doble con grandes exudados peri-útero-anexiales. Excepcionalmente podrán ustedes resolver el conflicto con una simple colpotomía, cuando el piosalpinx es único y se encuentra íntimamente adherido al fondo de Douglas, y las malas condiciones de estado general les obligan á intervenir en un paroxismo agudo.

Injustamente, á mi juicio, se abandonó un recurso que puede ser salvador y hasta curativo, como lo justifican algunos casos operados en el Instituto, cuando éste funcionaba en el Hospital de la Princesa. Era este recurso aplicable á aquellos casos de *sínfisis genital*, en los cuales, alrededor de un gran absceso salpingiano que llenaba la cavidad peritoneal de Douglas, se conglutinaban asas intestinales, epiplón y peritoneo parietal, de tal suerte, que al practicar la laparotomía no era posible ver más que la tenue cubierta omental del absceso, cuyas engrosadas paredes tenían una consistencia lardácea. Pues estos casos, hoy tributarios tambien de los procedimientos de Kelly y de Faure, aunque con resultado funesto casi siempre, eran entonces tratados por simple incisión laparotómica, respetando la adherencia contraída con la pared abdominal, y desagüe por la vagina con un grueso tubo que atravesaba toda la cavidad del absceso. De este modo se curaron varias enfermas, tan perfectamente, que algunas llegaron á tener hasta tres hijos; ninguna moría á consecuencia de la intervención, lo que debe siempre constituir nuestro objetivo: *Primum non nocere.*

Esto es lo que me proponía hacer resaltar en el asunto elegido como motivo de mi conferencia.

HE DICHO.

---

## UN CASO DE PUBIOTOMÍA SUBCUTANEA

POR EL DR. CARMELO GIL É I.

Del Instituto Rubio y de la Maternidad de Bilbao.

Al estudiar Leonardo Gigli, durante su permanencia en la clínica del profesor Fritsch, en Breslau, las aplicaciones prácticas de su genial invención *la sega filiforme,* tuvo la feliz ocurrencia de ver en ella un instrumento adecuado para poder practicar con él la sección del hueso pubis.

De vuelta á su patria, en 1894, describe, con la denominación de

*taglio lateralizzato del pube suoi ventaggi-sua técnica* (1), una Memoria, en la cual expone las ventajas y la técnica de la nueva operación.

Este procedimiento de agrandar momentáneamente los diámetros pelvianos adquirió extraordinario interés, sobre todo desde que invadió las clínicas alemanas, y prueba brillante de ello y un gran triunfo para Gigli fué el XII Congreso de ginecólogos alemanes, celebrado en Dresde en Mayo de 1907. El tema oficial de tocología puesto á discusión estaba anunciado de esta manera: *Indikation, Technik und Erfolge der beckenerweiternden Operationen* (2).

Los distintos procedimientos que se han ideado para practicar la pubiotomía ó hebosteotomía—como Döderlein recomienda se le llame—pueden dividirse en dos grupos: primer grupo, métodos en los que la sección del hueso se lleva á cabo después de poner éste al descubierto, *pubiotomía á campo abierto* (Gigli, Van de Valde); segundo grupo, pubiotomía subcutánea con dos variantes, *parcialmente subcutánea* (procedimiento de Döderlein), ó *totalmente subcutánea* (Bumm, Walcher).

En el caso cuya historia clínica á continuación expongo, practiqué la pubiotomía, siguiendo este último método con la aguja ideada por mi maestro el profesor Bumm, y con arreglo á la técnica por él descrita (3).

*Caso clínico.*—Sietemesina, primípara, de ventinueve años y de 1,43 de talla. Última regla, el 31 de Julio de 1908.

Antes de su ingreso en la Maternidad, el 12 de Abril de 1909, fué explorada (tacto vaginal) en su domicilio, siete veces por tres médicos. Temperatura, 36,5; indicios de albúmina en la orina. Diámetros de la pelvis: 23, 25, 27,2, 20.

Conjugado diagonal, 10; conjugado verdadero, 8. Existe falso promontorio.

Comenzó el trabajo el 9 de Abril, á las seis de la mañana.

El día 12, á las siete de la mañana, el cuello completamente dilatado; la bolsa de las aguas, que hacía gran prominencia en la vagina, es rota por uno de los médicos encargados de su asistencia; la cabeza movible en el estrecho superior; el feto vive. Reconocida de nuevo en la clínica al medio día, viendo que la cabeza no se encajaba, llevando ya la mujer setenta y ocho horas de parto y cinco con la bolsa de la aguas rota, á pesar de presentarse los dolores con re-

---

(1) *Annali di Ostetricia é Ginecologia*, 1894, núm. 10.

(2) Léase *Zentralblatt für Gynäkologie*, 1907, núm. 24.

(3) Detalles del instrumento puede encontrar el lector en mi artículo *La pubiotomía subcutánea:* Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas, Agosto, 1906.

gularidad é intensidad, se establece la indicación de la pubiotomía ante el deseo de obtener un niño vivo.

*Operación.*—Previa cloroformización, y preparada convenientemente la región operatoria, se coloca á la enferma en posición obstétrica en la mesa de operaciones. Me oriento con los dedos pulgar é índice de la forma y altura de la sínfisis, y hecho esto, clavo la aguja de Bumm á unos dos traveses de dedo del clítoris en el lado izquierdo, entre los labios mayor y menor (habiendo rechazado previamente el clítoris y el pequeño labio hacia el lado derecho), bordeando íntimamente la rama ascendente del pubis. Tan pronto como la extremidad de la aguja pasó por debajo de la rama del pubis, introduje el dedo índice de la mano izquierda en la vagina para dirigir el instrumento por detrás del hueso en dirección ascendente y junto á su cara posterior. En el momento en que la punta de la aguja formó relieve por encima del pubis, con una ligera presión de la piel sobre la punta del instrumento, atravesó éste las partes blandas, y colocada la sierra de Giglí, retiré la aguja, que tiró de la sierra y la dejó colocada. Se produjo una pequeña hemorragia por la picadura inferior, que cesó pronto mediante una ligera compresión.

En diez ó doce golpes de sierra quedó el hueso dividido, durando toda la maniobra poco más de un minuto.

Se extrajo el feto con el forceps, previa una episiotomía. Nació en estado de asfixia, pero volvió rápidamente á la vida. Niña de 51 centímetros; pesa 3.150 gramos. Perímetro fronto-occipital de la cabeza, que era dura y no estaba configurada, 34 $^{1}/_{2}$.

Extracción de la placenta por Credé. Placenta normal; peso, 570 gramos. Dimensiones, 17, 15, 1; inserción excéntrica del cordón.

Sutura de la episiotomía y de un ligero desgarro vaginal.

Inyección de «secacornin». Taponamiento vaginal compresivo, que se retiró á las veinte horas. Cateterismo vesical permanente durante cuatro días. Sujeción de la pelvis con una venda.

Diario clínico.—*Día 12 de Abril.* Día de la operación. Mañana: temperatura, 36,6 (antes de la operación). Tarde: temperatura, 38; pulsaciones, 120.

*Día 13.*—M. t, 37,6; p, 120. T. t, 37,3; p, 104.
*Día 14.*—M. t, 36,8; p, 84. T. t, 36,8; p, 84.
*Día 15.*—M. t, 36,9; p, 82. T. t, 36,9; p, 76.
*Día 16.*—M. t, 37,1; p, 84. T. t, 37,7; p, 84 (purga).
*Día 17.*—M. t, 37,5; p, 92. T. t, 37,3; p, 86 (movió el vientre).
*Día 18.*—M. t, 37,1; p, 84.
*Día 19.*—M. t, 37,4; p, 86. T. t, 37,4; p, 90.
*Día 20.*—M. t, 37,4; p, 76. T. t, 37,1; p, 72 (movió el vientre).

*Día* 21.—M. t, 36,5; p, 86.

*Día* 22.—M. t, 36,5; p, 78.

El día 27 podía sostenerse de pie, sin molestias de ninguna clase; el 28 se levantó por primera vez, y el día 30 se le dió el alta.

La madre y el niño se encuentran actualmente en perfecto estado.

---

## BLEFAROPLASTIA POR EL PROCEDIMIENTO DE SNIDAKER

ENFERMO OPERADO POR EL DR. J. GARCÍA DEL MAZO

**Profesor del Instituto Oftalmológico Nacional; agregado á la Facultad de Medicina.**

El día 1.º de Junio de 1908, ingresó en mi Sala de San Francisco del Instituto Oftálmico Nacional, el enfermo J. Sánchez, de quince años de edad, natural de Malagón (Ciudad Real), padeciendo *ectropión cicatricial total del párpado superior izquierdo*, y queratitis difusa central por falta de protección del globo ocular á los agentes exteriores (fig. 1.ª).

Figura 1.ª

El ectropión fué producido por una pústula maligna que tuvo en el mes de Julio de 1907.

El día 2 de Junio de 1908 le practiqué la blefaroplastia por el procedimiento de Snydaker.

Figura 2.ª

1.° *Técnica.*—Anestesia general y asepsia rigurosa de la región cervical lateral izquierda, así como de la cara y regiones palpebrales y supercilíares del mismo lado. El instrumental y material de cura perfectamente aséptico y el corriente para toda autoplastia.

2.° *Tarsorrafia total* después de haber liberado el párpado superior por una incisión paralela al borde libre, y distante unos dos milímetros del mismo, dejando solamente sin suturar la región lagrimal y la comisura palpebral externa.

3.° Desde un punto situado á 3 centímetros por detrás y debajo de la inserción del lóbulo de la oreja, empecé una incisión que dirigí hacia abajo, siguiendo el borde anterior del músculo externo-cleido-mastoideo, hasta la línea interclavicular, en cuyo punto, descri-

biendo una curva cóncava hacia arriba, continué la incisión paralela al borde posterior del músculo externo-cleido-mastoideo hasta la región mastoidea, que terminó, á unos tres centímetros por encima del punto de partida. Disequé el colgajo hasta llegar á la aponeurosis cervical superficial; tenía de 4 á 5 centímetros de ancho antes de sufrir la retracción natural de todos los colgajos cutáneos.

**4.°** Sutura del colgajo á la superficie cruenta palpebral, sutura de la herida cervical (fig. 2.ª) y apósito de gasa esterilizada, evitando la compresión del colgajo.

El enfermo reaccionó perfectamente, no tuvo fiebre; á los cuatro días cambié el apósito, encontrando el colgajo y las suturas en buenas condiciones.

Figura 3.ª

A los nueve días de la operación extirpé el puente del colgajo, reuniendo por tres puntos de sutura la región que correspondía al ángulo palpebral externo, y por dos puntos de sutura la extremidad cervical.

El día 10 de Julio fué dado de alta, abandonando el enfermo el Hospital con los párpados unidos por la tarsorrafía.

El enfermo volvió al Hospital en el mes de Noviembre para que le abriera la tarsorrafía, lo que hice el día 9 de dicho mes, encontrando que la córnea había recobrado casi por completo su transparencia, siendo la agudeza visual de $^2/_3$ de la escala de Wecker, quedando el enfermo con párpado superior que no tenía y con el aspecto que indica la fig. 3.ª

El primer enfermo operado por Snydaker lo presentó este autor á la Sociedad de Oftalmología de Chicago en 1905, y ha publicado otra observación parecida en 1907. El Dr. Morax (de París) ha hecho esta operación en tres enfermos (*Annales d'oculistique:* Janvier, 1908), y en dos de ellos ha utilizado el largo pedículo cutáneo que no queda adherido al párpado, para hacer una segunda operación plástica. En España no tengo noticia se haya operado ningún enfermo por este procedimiento, y el publicar este caso es por creer que podrá ser útil seguir esta técnica siempre que tengamos interés en no dejar cicatrices en la cara, y cuando el colgajo que necesitemos sea muy grande, pues en la región cervical, por sus condiciones especiales, lo podemos tallar todo lo extenso que nos haga falta.

---

## FRACTURA Y LUXACIÓN DEL ASTRAGALO

Por el Dr. Arangüena

Del Instituto Rubio, y Jefe de la Clínica de Cirugía General del Hospital y Dispensario de San Julian y San Quirce, de Burgos.

El día 15 de Agosto del año pasado fué conducido á nuestro Dispensario Jacinto Mahamud, de sesenta y un años, alguacil, natural y vecino de Pampliega (Burgos), y de buena constitución.

Refirió que el día anterior, al irse á montar en un caballo, y teniendo la pierna izquierda al nivel del lomo del animal, éste se espantó é hizo un movimiento extraño, despidiéndole con violencia y cayendo sobre la planta del pie izquierdo y después en tierra; quiso incorporarse y le fué imposible. Conducido á su domicilio, fué reconocido por los dos médicos de la localidad, quienes apreciaron la existencia de una luxación doble del astrágalo hacia afuera y adelante, complicada con herida; intentaron su reducción, sin conseguirlo, y, en vista de ello, aconsejaron fuera trasladado lo antes posible á nuestro Hospital.

Examinada la extremidad afecta, vimos que el pie estaba des-

viado hacia adentro, el maléolo interno notablemente descendido y el externo más elevado y prominente que en estado normal; por delante de éste había una tumoración dura, desigual, del tamaño de un huevo de gallina y algo movible, y en la parte más culminante de esta prominencia existía un desgarro de la piel de unos cuatro centímetros, á través del cual se veía la cabeza del astrágalo. Por radioscopia (figura 1.ª) se confirman estos datos, sin añadir ningún otro, sintiendo mucho que, por no disponer de placas en aquel momento, no pudiéramos hacer una radiografía.

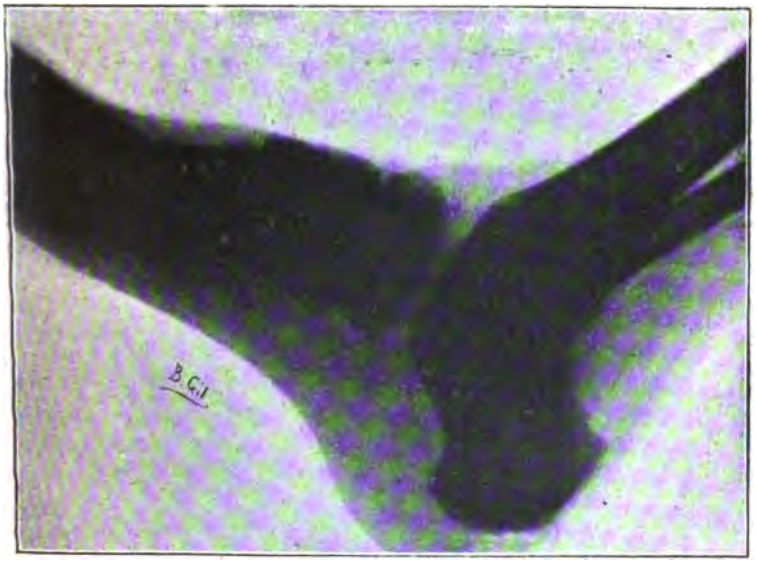



Figura 1.ª

Considerando el caso urgente, se le dió entrada en el Hospital para operarle cuanto antes. Al día siguiente procedimos á la intervención, honrándonos con su presencia el docto catedrático de la Central y notable cirujano Dr. Ribera (que por cierto fué el que nos animó á publicar este caso); incidimos sobre la prominencia ósea en la extensión de unos ocho centímetros, siguiendo la dirección de los tendones y vasos para poder evitarlos, y, en vista de que el hueso estaba desligado de sus conexiones normales, con la pinza de Farabeuf y por disección obtusa le extrajimos; examinada la pinza, vimos que no habíamos extraído el astrágalo en su totalidad, sino que faltaban parte de sus caras interna, posterior y superior, esto es, que no sólo se trataba de una luxación doble del astrágalo com-

plicada con herida, sino que además había fractura del mismo hueso; y, efectivamente, reconocida la cavidad cruenta, apreciamos

Figura 2.ª

Figura 3.ª

adheridas al ligamento late-
n extraídas. Terminamos la
ıd, suturando en parte la he-
tera escayolada en la posi-
')
da digno de mención; pau-
, y á los cincuenta días la
.. A partir de esta fecha,

mientos pasivos,
iendo uso de su

ıltima el 24 de
ı, andando sin
ual al andar,
sos, y aunque,
centímetros,
del miembro

# SECCIÓN CIENTÍFICA ORIGINAL

## IDEA GENERAL DE LA HORMOTERAPIA, CON ESPECIAL REFERENCIA A LA ADRENALINA

POR EL DR. D. CAMILO CALLEJA

### I.—La Hormoterapia y los Hormacos.

Hay una palabra griega, *Hormao,* que significa *excitar, poner en movimiento,* y de aquí que se llamen *Hormones* los excitantes por antonomasia que el mismo organismo elabora para desempeñar sus sinergías químicas ó corpóreas. Los hormones más típicos, ó al menos los más manejados, son la adrenalina, la tiroidina, la pituitrina y la secretina. La misma raíz griega *Hormao* sirve para formar la palabra hormoterapia, que designa el estudio del grupo de los hormones, considerados como medicamentos ú hormacos. La terminación «acos», en griego, significa remedio.

Viene comprendiéndose hasta ahora en la organoterapia el estudio de los hormones, lo cual produce una trascendental confusión, tomando la parte por el todo, como sucede al agrupar como análogos medicamentos la adrenalina y las cápsulas suprarrenales. Hay mucha diferencia en terapéutica de administrar un hormón á dar un órgano ó el extracto completo de éste; es aún mayor la diferencia que hay entre un hormón, la adrenalina, por ejemplo, y el órgano suprarrenal que le contiene, que la existente entre la cafeína y el chocolate; tomando éste, se toma cafeína, pero no es cierto lo contrario. De igual modo, cuando suministramos adrenalina, no es lo mismo que si diéramos las cápsulas suprarrenales; porque si bien con una cantidad 650 veces mayor de un buen extracto de las cápsulas obtendremos los efectos hipertensivos de la adrenalina, cuando se ingiere adrenalina no se obtienen análogos resultados que tomando un extracto integral de dichas cápsulas ó que comiendo estos órganos, los cuales, además de la hipertensión, producen otras acciones, entre ellas la nutritiva. Igual ocurre con la tiroidina y el cuerpo tiroides y

con los demás productos sinérgicos de los órganos de secreción interna ó endocrínicos, comparados con las glándulas hormógenas. Además, no es el principal papel de la mayoría de los órganos formar hormones ó principios sinérgicos, sino lo contrario; predomina en los más voluminosos la acción de apropiárselos para su funcionamiento, como sucede con el cerebro, el hígado, los riñones y todas las grandes vísceras; por más que éstas también ejerzan de un modo secundario el papel de segregar hormones que sirvan para establecer el ciclo sinérgico, según explicaremos. Es decir, la organoterapia puede ser sinérgica ó no sinérgica, según que en los órganos prepondeREN ó no los hormones, y éstos constituir grupo aparte, contribuyendo á ello esta otra razón de gran monta: los hormones son combinaciones químicas y sintetizables por el arte, mientras que los órganos no tienen sus componentes en proporciones definidas, ni pueden formarse sintéticamente; esto es, los órganos son cuerpos organizados, y no principios inmediatos constitutivos de los órganos. Los hormones son sustancias muy distintas de los órganos, y de los no sinérgicos sobre todo, pudiendo decirse que vienen á ser términos opuestos, siendo los hormones principios de secreción ó desasimilables, y siendo los órganos no sinérgicos cuerpos principalmente asimilables, es decir, verdaderos alimentos.

Por otra parte, los hormones no son excrementos, sino recrementos; por tanto, el gas carbónico y la urea no son hormones, porque son productos de desasimilación que ya no se aprovechan por el organismo en su íntimo funcionamiento, ni tampoco emanan de un órgano en particular. No importa que los cuerpos excrementicios sean excitantes para el órgano que les excreta, como el gas carbónico es un excitante del aparato respiratorio, y la urea, del urinario; porque, efectivamente, á pesar de estas semejanzas, no hay analogía medicinal entre los excrementos y los recrementos sinérgicos, pues éstos, ó sean los hormones, tienen esencialmente la condición peculiar de ser aprovechables y oxidados, sirviendo como promotores de alguna función íntima, en la cual se consumen, oxidándose, y, por consiguiente, jàmás se eliminan al exterior, es decir, nunca se excretan. Pero, es más: tampoco todos los recrementos son hormones, pues es circunstancia precisa que éstos sean el excitante propio de un órgano, lo cual no pasa con los fermentos, como la pepsina, que no tiene más papel importante que el desempeño de un acto encímico, esto es, de fermentación de sustancias extracelulares. Para establecer con más claridad esta distinción, compararemos con los fermentos digestivos un hormón de las mismas vías digestivas, llamado secretina; este hormón le segregan en la sangre la porción pilórica del estómago y el duodono, y viene á ser el especial exci-

tante de las principales glándulas digestivas (fondo del estómago, páncreas é hígado), mientras que la pepsina, la tripsina y la bilis ejercen su acción fermentativa sobre los alimentos, sin desempeñar actos sinérgicos, ó sea de correlación con otros órganos por los cuales fuesen consumidos.

Recopilaremos sumariamente los *caracteres generales de los hormones*, y añadiremos á renglón seguido otros que no hemos mencionado, porque se pueden decir en pocas palabras, evitando así repeticiones:

1.° Los hormones son compuestos de proporciones definidas, segregados interiormente por órganos determinados; es decir, son productos recrementicios, que tienen, además, la propiedad de ser el excitante sinérgico especial de otro órgano que se halla más ó menos distante del que les formó.

2.° Los hormones, aunque son muy tóxicos, no provocan, sin embargo, la formación de anticuerpos, como las toxinas y los sueros, pues si fuesen antígenos, dejarían de ser hormones; ni tampoco contienen antitoxinas, por la misma razón.

3.° Los hormones son productos de desasimilación de un órgano (para el cual son inhibitorios), y sustancias de asimilación de otro órgano, para el cual son el excitante sinérgico especial.

4.° Los hormones se diferencian de los fermentos en que aquéllos no se destruyen por simple calentamiento, necesitando hervirse mucho tiempo para perder su especial poder excitante.

5.° Los hormones se alteran si se ingieren por las vías digestivas: así la adrenalina pierde, al menos en gran parte, su energía en los líquidos alcalinos, como el contenido intestinal, si bien no se destruye *in vitro* en el jugo gástrico. La tiroidina, que no pierde su poder administrada por la boca.

6.° Los hormones se descomponen en los mismos órganos en que verifican su acción sinérgica, siendo muy fácilmente oxidables.

7.° Los hormones son cuerpos de escaso peso molecular.

En suma: *los hormones son recrementos sinérgicos;* esto es, son los medios químicos por los cuales actúan unos órganos sobre otros, que se hallan más ó menos distantes, consumiéndose por oxidación al producir su efecto excitante especial.

Mejor definidos quedarán los hormones si fijamos su lugar en la clasificación de los medicamentos. Clasificamos éstos en dos grandes grupos: simples y compuestos; simples son los que, si se descomponen, pierden siempre sus principales propiedades medicinales; y complejos los que se pueden descomponer conservando dos ó más de los componentes algunas de las principales propiedades medicinales del todo.

Los hormones son simples, y los órganos que los contienen son complejos. Los medicamentos, sean simples ó complejos, pueden ser ó constitutivos ó extraños á la naturaleza humana. Los hormones pertenecen á los constitutivos (autacos), en los cuales hay que diferenciar cuatro géneros: 1.°, anabolacos; 2.°, hormacos; 3.°, zimacos, y 4.°, eccrinacos. Los tres últimos son sustancias desasimiladas en oposición á los anabolacos, que son propias para la asimilación. Llamamos hormacos á los hormones considerados como medicamentos; zimacos, los fermentos, y eccrinacos, las sustancias excrementicias, tales como el gas carbónico y la urea.

### II.—Noción del ciclo sinérgico formado por las cápsulas suprarrenales y el simpático.

*A. Cápsulas suprarrenales.*—Se sabe muy poco acerca del funcionamiento de las cápsulas suprarrenales. Su extirpación trae la muerte por auto-intoxicación, y su degeneración conduce también á la muerte por medio de la enfermedad bronceada. Algunos casos excepcionales que se han observado en las autopsias, han revelado la degeneración de dichos órganos, faltando el síndrome de Addison; pero estos hechos no son contradictorios con los anteriores, puesto que hay organitos suplementarios, tal como los paraganglos carotídeos, que en tales casos, por ser la enfermedad de curso muy lento, han tenido tiempo para desarrollarse hasta sustituir á las cápsulas. Las cápsulas tienen una parte medular y una parte cortical. En la porción medular se halla la adrenalina, que es un agente hipertensivo y cromógeno. El aumento de tensión arterial se marca de un modo extraordinario, sin dar más de una millonésima parte de gramo, ó sea la milésima parte de un miligramo, y aun se advierten efectos con sólo la cuarta parte de esta cantidad. Es decir, con un miligramo (por la vía intravenosa) se puede elevar sensiblemente la tensión arterial á 4.000 personas. Además, produce glucosuria, llegando á veces á contener la orina el 4 por 100 de glucosa, y durando esta perturbación de uno á tres días. Parece esta glucosuria ser debida á una influencia que ejerce la adrenalina sobre el páncreas. Las cápsulas suprarrenales contienen fermentos, sobre todo en su corteza, los cuales deben ser los que desempeñan función antitóxica, destruyendo principalmente los productos segregados por el simpático, y preparándolos para utilizarlos la medula de las cápsulas en la elaboración de adrenalina. Además, la corteza parece que tiene un importante papel en el desarrollo de la pubertad, según se infiere de lo ocurrido en jóvenes con adenomas de las cápsulas suprarrenales.

*B. El gran simpático.*—Es un verdadero rosario de ganglios nerviosos que recibe multitud de nervios de la medula espinal y de los nervios craneales, y les emite á las vísceras y á los vasos, excepto á los vasos especiales del pulmón, ó sean los de la circulación menor. Éstos reciben los nervios del neumogástrico. La función especial del simpático es transmitir las corrientes nerviosas que intervienen en los actos reflejos del sistema circulatorio y de las vísceras, excepto del pulmón, estableciendo las correlaciones ó sinergias entre unas vísceras y otras, y de las vísceras con los dos sistemas transmisores, esto es, con el circulatorio y con el nervioso. Los ganglios del simpático sirven de traslatores: unas veces para volver la corriente al órgano de origen, y otras para transmitirla á la medula oblongada, donde se hallan los principales centros de acción del simpático. En los estados patológicos, el simpático es el medio de transmisión de las corrientes nerviosas que intervienen en la reacción fluxional, sea local (congestión), sea general (fiebre). Cuando perturba al organismo un agente irritante, el primero que entra en juego es el simpático, estableciendo el primer grado de la reacción vital, ó sea el que indica el proceso curativo.

*C. Correlación ó mutua influencia excitante entre el simpático y las cápsulas suprarrenales;* es decir, ciclo ó sistema sinérgico del simpático, con las cápsulas suprarrenales.—Nacen estas cápsulas de un mamelón del simpático, y conservan en su organización marcas de su origen, y en su función continúan teniendo íntimas correlaciones, ó sean mutuas sinergias. De modo que el simpático es la matriz de las cápsulas suprarrenales, con las cuales, además de tener las relaciones nerviosas, ó, por decirlo así, como con los demás órganos, sostiene una correlación corpórea ó sinergia química.

El íntimo funcionamiento sinérgico de las cápsulas suprarrenales con el simpático, no se conoce con detallada exactitud; pero sabemos: 1.°, que las afecciones altamente degenerativas de las cápsulas suprarrenales determinan la enfermedad bronceada, ó mal de Addison, cuyas perturbaciones son en gran parte debidas á la falta de adrenalina; 2.°, que los adenomas de los mismos órganos anticipan en los jóvenes el desarrollo de la pubertad, y 3.°, que la extirpación de dichas cápsulas disminuye el poder antitóxico de la sangre en los animales que se les ha privado también de las mencionadas cápsulas. Además de estos hechos, tendremos presente que si la adrenalina es el hormón ó excitante especial del simpático, éste ha de formar también un especial producto ú hormón (llamémosle simpatina) que provoque la excitación de las cápsulas suprarrenales para éstas formar adrenalina proporcionalmente á las necesidades del simpático Solamente de este modo puede verificarse la correlación precisa para

constituir un ciclo ó sistema sinérgico. Podemos suponer que contribuyen á esta función las cápsulas suprarrenales por tener sumamente desarrollada la irritación por privación de su especial producto, ó sea del hormón del simpático, y que fuese capaz de reponer en la sangre más ó menos adrenalina, proporcionalmente á la escasez que de ella hubiera, según el consumo del simpático. Pero tiene todos los visos de ser muy probable, en vista de los hechos apuntados, que, dada la gran toxidad de la adrenalina y de los productos de desasimilación de los centros nerviosos, y que, ejerciendo las cápsulas una función antitóxica, ésta consista en apropiarse el recremento formado por el simpático, ó sea la simpatina, é invertirle en la elaboración de adrenalina. De este modo es como los órganos de este sistema sinérgico resultan ser recíprocamente complementarios.

### III.—Algunas consideraciones sobre la adrenalina en particular.

Utilísima es la función del simpático, tanto en los estados patológicos como en los fisiológicos, y, por tanto, grande será el papel en nuestra economía del hormón llamado adrenalina; efectivamente, sin ésta faltaría el excitante indispensable para la actividad del simpático. La adrenalina es un principio nitrogenado ($C_{10} H_{15} NO_3 {}^1/_2 H_2O$), que, no solamente le forman las cápsulas suprarrenales, sino que también se obtiene artificialmente por síntesis de la pirocatequina (un dioxibenzol). Se han elaborado artificialmente además, también por síntesis, varios cuerpos similares á la adrenalina, derivándose todos ellos del radical aromático existente en la molécula de proteína, habiéndose notado que sus efectos hipertensivos dependen de la presencia del núcleo catecol. Además, la adrenalina es un cromógeno, y cuando deja de formarse aquélla en el mal de Adisson, viene una desviación ó heterotopia de los productos que no son invertidos, formándose más cromógenos en los tegumentos, que en el estado normal. Todo lo cual está en armonía con nuestra explicación anterior. El rosario ganglionar del simpático, que es la red principal de las relaciones orgánicas inconscientes, como las sinergias circulatorias, es el órgano que en los estados patológicos provoca la reacción fluxional, sea localizada donde obra algún irritante, sea generalizada bajo la forma de fiebre. Supongamos que un individuo es atacado con intensidad por la grippe, invadiéndolo principalmente las vías respiratorias, éstas se fluxionarán considerablemente, y además se produciría la fiebre, para lo cual, el simpático, con su red de nervios extendida por los vasos y vísceras, tiene que aumentar su actividad,

provocando primero mayores contracciones tónicas en las arteriolas; después, haciéndose las contracciones clónicas, y, por último, viniendo la dilatación vascular. Con esto se consume más adrenalina, y se forman en mayor cantidad los productos de desasimilación del simpático, provocando, entre estos dos cambios, un aumento en la función de las cápsulas suprarrenales. De este modo, el sistema nervioso simpático inicia la sinergia; pero para ésta poder continuar, ha de elaborarse en la proporción debida el hormón especial del simpático, que es la adrenalina.

De las sustancias que intervienen en las acciones reguladoras, una de las más importantes es la adrenalina; pero en el terreno patológico, para obtener su influencia general, cuando hay que reemplazar su escasez ó falta de producción por la naturaleza, tropezamos con escollos insuperables, porque la adrenalina, existiendo en pequeña cantidad en las cápsulas suprarrenales ($^{1}/_{650}$ de su porción medular solamente), y, por tanto, teniendo que segregarse poco á poco, para imitar á la naturaleza, habría que suministrarla constantemente, según se verificase el consumo. Además, esto habría que hacerlo por la vía intravenosa, puesto que, por su ingestión, los efectos generales son inseguros al no absorberse apenas por el estómago, á consecuencia de la vaso-constricción que produce la adrenalina (el jugo gástrico no la destruye), y puesto que se altera al contacto de los jugos alcalinos del intestino. Además, cuando escasea ó falta la formación de adrenalina, es casi siempre porque las cápsulas suprarrenales se hallan invadidas por tubérculos ó por cánceres, y destruídas las cápsulas, resulta inútil intentar suplir estos órganos con adrenalina, aunque se inyectase en las venas con mucha frecuencia, cosa que tampoco es aconsejable. Por otra parte, la adrenalina no reemplaza la falta de las funciones corticales, sobre todo la antitóxica. Así se explica el fracaso del tratamiento de los bronceados por la adrenalina. Esta no puede ejercer otra influencia general en nuestra economía que el aumento de la tensión sanguínea, y en este sentido puede ser beneficiosa para satisfacer la indicación vital en ciertos colapsos, como, por ejemplo, en las intoxicaciones, ó después de operaciones muy cruentas, ó en las asistolias diftéricas ó en las de otros estados agudos. En los casos de colapso debido á una intoxicación por la vía gástrica, debe administrarse la adrenalina por la boca, porque al ponerse en contacto con las paredes del estómago, provoca en ellas la isquemia, y de este modo aminora la absorción del veneno, pero inmediatamente se debe dar además en inyecciones intravenosas. Por la boca se darán de dos á tres gramos de la solución ordinaria de adrenalina (al 1 por 1.000) en 15 gramos de agua, pudiendo repetirla cada dos ó tres horas; para

inyección intravenosa se darán primero diez gotas, diluyéndolas en 30 gramos de solución salada al 6 por 100; se repite doble cantidad, esto es, 1 gramo en 60, á los quince minutos, y el cuádruplo después de otros quince minutos, inyectando en total 3 c. c. de la solución de adrenalina en 180 de la solución de cloruro sódico. Esto mismo puede repetirse cuantas veces se inicie el colapso ó la asistolia, y de esta manera puede irse prolongando la vida del paciente hasta que salga de su transitoria, pero peligrosa situación. En caso de haber sufrido el paciente extraordinarias pérdidas de sangre, conviene inyectar mayor cantidad del llamado suero fisiológico, sin aumentar la adrenalina.

Este hormón no tiene rival como isquemiante local; produce una anemia casi completa en la parte donde se aplica, si bien es poco duradera, puesto que la constricción tónica arterial es seguida pronto de contracciones clónicas y de dilatación vascular, produciéndose una congestión proporcional á la isquemia. Ambos efectos (el primitivo ó isquemiante, y el consecutivo ó congestionante) se pueden aprovechar en terapéutica, y principalmente se utiliza el primero, pero no siempre con oportunidad, porque jamás debería emplearse para combatir la fluxión sanguínea ó reacción local. Por lo contrario, estará indicada la adrenalina cuando sea deficiente la reacción en el período resolutivo de una congestión (hacia los tres días), ó de una inflamación (hacía los siete días); esto es, cuando se marque la atonía ó subinvolución. Entonces tocaremos ligeramente la parte afecta para estimular la fluxión sanguínea consecutiva.

Hay que tener muy en cuenta que la adrenalina produce efectos mucho más intensos en una herida que una úlcera, en ésta más que una mucosa sana, y en la piel cubierta de epidermis normal es insignificante su acción.

La especial influencia terapéutica de la adrenalina es como hemostático y coadyuvante de la cocaína y sus sucedáneos, en las pequeñas operaciones, particularmente en las que la profusa hemorragia capilar dificulta la intervención expedita del cirujano, como suele suceder mayormente en la laringe, en las fosas nasales y, á veces, en la región anopudenda. También conviene dicha asociación cuando se ha de circunscribir la anestesia. Hay que tener algunas precauciones con la adrenalina, á saber: 1.°, destruyendo su acción los alcalinos, debe tenerse cuidado de que no quede nada de la solución de sosa en la jeringuilla si se hubiese hervido con ella: 2.°, siendo antagonistas de la adrenalina la cocaina, tropococaina y quizás la estovaina, cuando se use la adrenalina para coadyuvar á la anestesia local, se unirá á la alipina, á la cocaína ó á la novocaína que no la neutralizan; 3.°, pudiendo perjudicar á la vitalidad de

los tejidos, ya muy alterados ó envejecidos, la infiltración de adrenalina, no deberá emplearse en tales circunstancias, ó de hacerlo hay que tener mucha precaución; y 4.°, las soluciones con adrenalina son muy alterables, y por esto han de ser recientes.

Antes de terminar llamaremos la atención de las más importantes contraindicaciones de la adrenalina, las cuales, á pesar de inferirse fácilmente de su acción fisiológica, pasan inadvertidas hasta para notables autores. La principal acción de la adrenalina introducida en la sangre, lo mismo que aplicada al exterior, consiste en excitar la constricción vascular, produciendo disminución de sangre en la red capilar (excepto del pulmón), con aumento de sangre en los gruesos vasos, en los órganos que tienen mayores vasos, como el cerebro, y en general en todas las vísceras. Por consiguiente, la adrenalina estará contraindicada: 1.°, en las hemorragias del pulmón; 2.°, en las cerebrales; 3.°, en las hemorragias que no sean capilares, á pesar de poder obrar tópicamente, como en las gastrorragias de medianos vasos; 4.°, en las hemorragias de los cardíacos ó aneurismáticos con hipertensión, ya se presente la fuga de sangre por la nariz ó por las vías digestivas ó por las urinarias. Tampoco debe usarse la adrenalina tópicamente en las partes que sufren congestión activa, ni en aquellas partes del campo operativo que han de ser inaccesibles después de suturar, ni en inyecciones intraperitoneales para prevenir ó retardar las ascitis deuteropáticas, ni, en fin, en el glaucoma.

La adrenalina es un modificador de la energía potencial y no de la actual; obra, ya ejerciendo una influencia inhibitoria, ya provocando á que éntre en acción una energía potencial. Preciso será, para comprender esto, que materialicemos la idea con un ejemplo: Cuando se halla una bala colgada de un cordel, éste impide que la bala se caiga (acción inhibitoria contra la gravedad), y si cortamos el cordel ejercemos un acto de desprendimiento por eliminación de la resistencia inhibitoria que oponía el cordel á la gravedad (acción excitante de esta fuerza); pero si se descarga la bala con un arma de fuego, el efecto es muy diferente de las dos acciones anteriores, puesto que entonces, tanto la gravedad como la fuerza explosiva de la pólvora, son fuerzas en acción que concurren á la propulsión de la bala. En el organismo se producen las tres clases de efectos: 1) inhibitorios, como los de cada producto de secreción (de cada hormón inclusive), al impedir ó al menos deprimir la actividad del órgano que le segrega; 2) efectos de desprendimiento, como los de los hormones en los órganos que especialmente excitan; y 3) efectos propulsivos, como los de asimilación de los alimentos, incluyendo los órganos animales y sus extractos. Estos últimos son agentes actuales,

y, por tanto, no deben confundirse en una misma agrupación con los modificadores de los potenciales, esto es, con los hormones. Por estas razones separamos de la organoterapia la hormoterapia, incluyendo en esta última la adrenalina, la tiroidina, la secretina y sustancias análogas químicamente definidas y sintetizadas, ó al menos definibles y sisterizables, que son recrementicias y excitantes especiales de un órgano en el desempeño de alguna función sinérgica. Hay también órganos que, siendo hormógenos, como las cápsulas suprarrenales, el cuerpo tiroides y el intestino, son, á la vez, orgánocos y hormónacos, pero esto no importa para la diferenciación establecida, sino que esto conduce á establecer otra excisión en la organoterapia, considerando también aparte la organoterapia-hormónica entre los medicamentos complejos y dejando sola á la organoterapia pura entre los alimentos (Dietoterapia).

*En resolución:* no se puede con la adrenalina reemplazar á as cápsu las suprarrenales, pues aquélla es sólo una parte y dista mucho de ser equivalente á este todo. En cuanto á su especial acción excitante sobre el simpático, puede utilizarse para desempeñar indicaciones vitales en colapsos de causas recientes y pasajeras, y tópicamente para producir la isquemia, ya con el fin de contener hemorragias capilares, ya con el objeto de oponerse á la absorción de un veneno ó á la difusión de anestésicos locales.

Aquellas entusiásticas esperanzas que algunos promulgaron en el momento de su descubrimiento, han quedado reducidas á una acción isquemiante muy transitoria, si bien en esto no hay nada que le iguale, ni siquiera que se le parezca, á la adrenalina.

---

## RESUMEN PRÁCTICO DE ELECTROTERAPIA

### GUÍA CLÍNICA DE LOS DIVERSOS PROCEDIMIENTOS DE APLICACIÓN DE LA ELECTRICIDAD

POR EL DR. ENRIQUE VILCHES Y GÓMEZ
Del Instituto Rubio.

### III.—Neuralgia del trigémino.

Se ha dicho por algunos autores (Oppenheim), que el trigémino es el nervio que con más frecuencia se halla afectado de neuralgia, cosa que puede ocurrir muy bien en ciertas localidades; pero con respecto á nuestro país, y según lo que arroja nuestra estadística

particular del Instituto, que comprende varios cientos de casos, hemos de colocar en primer término, en el órden de frecuencia, las neuralgias braquiales y ciáticas (1). Lo que sí se observa más á menudo en aquélla es la atroz violencia de los dolores y la indomable rebeldía á todos los medios de tratamiento, circunstancias que sin duda alguna la convierten en la más insoportable para el enfermo y abrumadora para el médico.

Las causas de la que nos ocupa son las de todas las neuralgias; pero más que en ninguna otra es manifiesta en ella la influencia de la *predisposición neuropática,* á tal punto, que en muchas ocasiones es la única que puede apreciarse. Contra la opinión de muchos, hemos adquirido la convicción de que esta neuralgia puede presentarse frecuentemente con carácter exclusivamente reumático, bajo la influencia de los enfriamientos producidos en particular sobre las regiones de distribución del nervio; y aun admitiendo que muchas veces la acción del frío obre sólo como causa ocasional, es de toda evidencia que otras muchas, sólo á él es imputable la afección, previa la predisposición antedicha. Siguen en frecuencia las causas infecciosa, tóxica, palúdica, sifilítica y, por último, las lesiones del nervio por contigüidad de las de los órganos vecinos.

La neuralgia puede afectar las tres ramas del nervio; pero otras veces sólo se halla interesada una sola ó dos de ellas. En las de causa infecciosa es de notar la predilección por la primera rama, así como son atacadas las dos últimas ó una sola de ellas, en las originadas por lesiones de la boca y de los dientes. No obstante esto, es lo frecuente la generalización de la neuralgia que principió por una sola rama, á las restantes.

Bastan estos ligeros datos etiológicos para darnos cuenta y razón de la terapéutica seguida en esta enfermedad por los prácticos, y que sólo de pasada consignaremos.

Aparte de los medios paliativos, los anestésicos, ya locales, ya generales, como medicación de urgencia, de momento, el clínico ha de procurar siempre cumplir la indicación etiológica, con lo cual, en verdad, se obtienen en ocasiones muy brillantes éxitos, si bien en contadísimos casos, como son algunas neuralgias lueticas y palúdicas; pues en las demás, la regla es el fracaso completo de esta medicación.

En las provocadas por lesiones ó alteraciones de los órganos de vecindad, de los tejidos, con los cuales el nervio se halla en contacto,

---

(1) Descontando naturalmente muchas afecciones de la cara que no pueden considerarse como verdaderas neuralgias faciales, como, por ejemplo, los llamados dolores de muelas producidos por caries dentaria, no obstante pertenecer los filetes afectos á las ramificaciones del trigémino.

es asimismo lógico como primera providencia el tratamiento de la afección de estos órganos, como, por ejemplo, cuando se trata de tumores que comprimen algunas ramas del nervio, y pueden ser separados, de caries dentaria, afecciones nasales, del seno frontal, del oído, etc., etc. Pero no hay que olvidar cuán escasos resultados se logran por este medio, en cuanto á la neuralgia se refiere, la mayor parte de las veces, á pesar de haber conseguido curar ó hecho desaparecer las lesiones que dieron origen á la afección del nervio. Y es que, una vez constituída, la neuralgia evoluciona ya por cuenta propia, bien transformándose en una verdadera neuritis, ó entrañando profundas modificaciones nutritivas de los elementos nerviosos, que escapan á nuestros medios de investigación y hacen ilusoria la esperanza de ver desaparecer los dolores por la sola supresión de la causa que les dió origen, esperanza nacida al olvido de la importantísima ley de trascendencia causal de la mecánica etiológica (Letamendi), y de la falsedad de la conocida sentencia *Sublata causa...*, etc.

Respecto á los procedimientos quirúrgicos sobre el nervio enfermo, poco hemos de decir, pues bien conocida es de todos los cirujanos la ineficacia de estas operaciones para alcanzar una curación definitiva en casi la totalidad de los casos, ya se trate de simples neurectomías ó de las más arriesgadas maniobras llevadas hasta el ganglio de Gaserio. La atrevida intervención, recientemente preconizada, sobre el tronco del trigémino en las mismas proximidades de la protuberancia, es de tal modo peligrosa, como fácilmente se puede comprender, que la condenan ya los mismos cirujanos.

Para resumir lo que á este particular se refiere, citaremos, por no ser nada sospechosa, la opinión del eminente operador Dr. Ribera, expresada ante la Real Academia de Medicina, diciendo que las neuralgias de referencia son esencialmente médicas y accidentalmente quirúrgicas, y que sólo debe llegarse á la operación como último recurso.

Mencionaremos, por último, los procedimientos modernamente recomendados por Ostwalt, de las inyecciones profundas de alcohol, y por Ricard, de las inyecciones superficiales del mismo líquido. Las primeras, consideradas peligrosas por muchos autores, son además de una técnica bastante complicada. Ni de unas ni de otros tenemos experiencia personal.

Resulta, pues, de todo lo expuesto, que la neuralgia del quinto par, sólo por excepción puede ser influída favorablemente por los medios farmacológicos en aquellos casos de poca intensidad, como son algunos dependientes de lesiones dentarias ó ligeros enfriamientos. Que de los medios quirúrgicos tampoco podemos prometer-

nos grandes resultados, quedando reducida su esfera de acción á muy contadas indicaciones, y á aquellos casos en que todos los demás recursos terapéuticos han sido inútiles. Queda, en fin, por analizar si el tratamiento eléctrico, desde tan antigua fecha recomendado en estos casos, nos ofrece hoy algunas más garantías de éxito para la curación de la terrible enfermedad que nos ocupa.

En efecto: la electricidad es el remedio soberano de ésta y de la inmensa mayoría de las neuralgias graves y rebeldes. Esta verdad, demostrada ya por muchos prácticos de autoridad y prestigio universalmente reconocidos, va imponiéndose con la fuerza avasalladora de los hechos, pero luchando aún con la rutina é ignorancia de muchos. Los convencidos somos los primeros en reconocer que la electroterapia no es una medicación infalible; que en el tratamiento de las neuralgias, y más que en ninguna, en la del trigémino, tiene sus fracasos, y, por consiguiente, que muchas no se curan, ya por errores en el diagnóstico etiológico, ya por falta de otros remedios que actúen sobre el estado general del sujeto, ó bien por otra multitud de circunstancias que hasta el presente nos son desconocidas por completo. Pero aunque sólo de diez casos de neuralgia grave del trigémino se curase uno, sería suficiente para conceder al método una gran importancia, tratándose de una afección en la que todos los tratamientos fallan, y que arrastra con frecuencia al paciente á la desesperación y hasta al suicidio.

Por fortuna, es bastante más halagüeña la proporción que hoy arrojan las estadísticas, y los casos de curación completa son más numerosos cada día, gracias á los perfeccionamientos de la técnica. Lo que sí puede afirmarse, sin temor de ser desmentido por los hechos, es que todos los pacientes encuentran alivio más ó menos grande, más ó menos duradero, con las aplicaciones eléctricas, y esto ya es mucho en ocasiones (1).

Antes de exponer la técnica que estimamos preferible en esta clase de afecciones, justo será pasar revista, siquiera sea ligeramente, á las diversas modalidades eléctricas que han sido preconizadas en el tratamiento de las neuralgias.

Todos los procedimientos electroterápicos puede decirse que han sido ensayados contra estas afecciones, y muchos de ellos cuentan en su activo con resultados bastante favorables; mas sería equivocado pensar que esta multiplicidad de procedimientos implica en

(1) Hemos tratado una señora afecta de neuralgia antigua y grave, que venía consumiendo diariamente de 8 á 10 centigramos de morfina. Desde que empezaron las aplicaciones de electroionización, pudo ir rebajando la dosis del anestésico, y llegar, al cabo de quince días, á suprimirla por completo. No obstante, la neuralgia no se curó en dos meses que estuvo sometida á nuestro tratamiento.

dicho agente terapéutico una falta de eficacia definitiva para lograr la curación de la enfermedad. La razón que explica estas incertidumbres en la elección de un proceder fijo y bien definido, se hallará sencillamente, si á ello dedicamos un ligero análisis, considerando que la electroterapia, sobre todo en esta clase de afecciones, empezó aplicándose empíricamente, y las vicisitudes y vacilaciones respecto de su acción curativa son las propias de todo agente nuevo á través del proceso de su desarrollo y perfeccionamiento. Los adelantos en las ciencias físico-químicas, así como en la patología, han venido suministrando al clínico cada día nuevas fuentes de conocimiento para el empleo más racional del fluido eléctrico en terapéutica.

La moderna teoría de los iones ha dado, en fin, solución satisfactoria á muchos de los fenómenos hasta hoy ignorados del paso de la corriente á través de los tejidos, y permitido ampliar, con nuevos y fecundos horizontes, las halagadoras esperanzas que desde tiempo ya remoto había hecho concebir la electricidad como medio poderoso de acción contra muchos de los padecimientos que amargan y reducen aún más nuestra efímera existencia. Así, pues, no es de extrañar que hayan sido muchos los procedimientos ideados y puestos en práctica en el tratamiento de las neuralgias por la electricidad; primero, porque de todos ellos se obtienen algunos beneficios; segundo, porque han querido aplicarse en muchos casos en los que la electricidad no puede influir favorablemente bajo ninguna de las modalidades, ya por tratarse de neuralgias muy antiguas y arraigadas, ó de aquéllas en relación con lesiones materiales permanentes, como compresiones, tumores, etc., y, por último, porque, careciendo de los conocimientos necesarios respecto á las acciones físico-química y fisiológica del fluido eléctrico, no podía apoyarse ninguno de los procedimientos recomendados en fundamentos verdaderamente racionales y científicos.

Las diversas formas en que ha sido aplicada la electricidad al tratamiento de las neuralgias, se han reunido por algunos en dos grupos principales: los procedimientos de revulsión y los electrolíticos. A los primeros pertenecen la chispa eléctrica, ya sea procedente de la máquina estática, ó de la alta frecuencia, y la corriente inducida de la bovina. Entre los segundos, tenemos la corriente galvánica sola y la introducción electrolítica de diversas sustancias medicamentosas, ó sea la electroionización.

Esta división artificiosa no debe tenerse en cuenta para deducir el modo de acción de los diferentes procederes, pues revulsión cutánea produce también la corriente continua, y además, no es por este mecanismo por el que se determina la curación de la neuralgia,

toda vez que revulsiones más enérgicas, producidas por agentes extraños á la electricidad, quedan sin efecto en este padecimiento.

En cuanto se refiere á dicho modo de actuar los procedimientos electroterápicos, hay que reconocer que ninguno de ellos tiene una influencia inhibitoria directa sobre el síntoma dolor, que es lo que se trata de combatir; pero, en cambio, poseen una acción modificadora enérgica sobre los tejidos, y muy especialmente sobre el tejido nervioso, de tal manera, que el síndrome neurálgico es atacado en sus bases, en su lesión causal, su terreno de predisposición, su marcha, etc.

Aunque el campo de la neuralgia *sine materia* es cada día más reducido ó, por mejor decir, más inadmisible, quedan, no obstante, esos innumerables casos en los que las lesiones ó modificaciones anatómicas escapan á nuestras más minuciosas exploraciones histológicas, de donde se infiere, como dice Erb, que estos dolores son provocados por delicadísimos trastornos de la nutrición de los nervios, inapreciables por nuestros medios de investigación, y que, por lo tanto, en rigor hipotético, es la neuralgia una forma precisa, especial de los desórdenes de la nutrición en el aparato de los nervios sensibles. A este desorden nutritivo aplicó Möbius el nombre de neuralgia.

Sólo esta modificación particular del nervio produce el dolor, y es la que determina su aparición; en manera alguna, las causas que conocemos como productoras, tales como compresiones, traumatismos, cuerpos extraños, inflamación, neuromas, enfermedades de la medula espinal, sífilis, etc., pues un estudio detenido nos demuestra que todas estas causas no producen nunca de un modo directo los dolores neurálgicos, y hay que admitir, en consecuencia, que por la acción de ellas debe desarrollarse en el nervio alguna otra cosa, que es la que produce ó crea la neuralgia. Esta cosa es, sin duda alguna, ese delicado trastorno de la nutrición de que hablaba Erb, modificaciones nutritivas y moleculares, que, si bien de poca importancia para la vida del nervio, lo son de mucha para su función normal; modificaciones, en fin, de orden dinámico, cinético, en el metabolismo celular, sobre las cuales ejerce el agente eléctrico indiscutible influencia.

Volviendo á los llamados procedimientos de revulsión, decíamos que tenemos la chispa y el efluvio, tanto estáticas como de alta frecuencia. Lo mismo unas que otras, son de escasísima aplicación en la neuralgia del trigénimo; y si alguna vez se logra con ellas ligeros efectos favorables, es únicamente en ciertos casos de simples hiperestesias ó topoalgias de naturaleza histérica. Esto es, á lo menos, lo que yo he visto en muchos casos de mi práctica y de la de otros

observadores, debiendo advertir que aquí, como en lo que expondré más adelante, he de basarme principalmente en mi experiencia personal.

Otro tanto se puede decir de la faradización, tan celebrada desde Duchesne de Bouloque, pues si es verdad que su empleo puede dar algunos beneficios en casos benignos; la inmensa mayoría de veces es completamente inútil, y en las neuralgias graves puede hasta despertar ó agudizar enormemente los dolores.

Y llegamos á los procedimientos denominados electrolíticos, ó sea al empleo de la corriente continua. Sólo tenemos que fijarnos aquí en los métodos que pudieran llamarse clásicos: el preconizado en la actualidad por Borgonié y el más moderno, debido á los interesantes estudios de Leduc, ó sea el electroiónico.

El primero tiene como fundamento la utilización del anodo como polo activo, hecho derivado del conocido efecto fisiológico del electrotonus en los nervios motores. Admitida una acción similar sobre los nervios sensitivos, se ha observado, en efecto, que el polo positivo tiene una acción sedante en evidente oposición con la acción excitante del polo negativo. Así, en este método, se ha atendido en principio exclusivamente á la acción polar específica, sin tener para nada en cuenta los efectos electrolíticos de la corriente continua.

La corriente se aplica con una densidad relativamente débil, para lo cual se sirven de amplios eléctrodos húmedos, que cubren toda una mitad de la cara, á fin de comprender bajo su acción todo el ramillete terminal del nervio enfermo. La corriente bien sostenida en su intensidad, que debe alcanzar de 30 á 80 m. a., se mantiene en ella durante treinta á sesenta minutos, haciéndole cesar después lentamente.

Los partidarios de este método hacen de él grandes alabanzas, considerándole preferible en todos los casos; no obstante, aquéllos y el mismo Bergonié no titubean en ocasiones para faltar á alguno de los preceptos fundamentales del método, como precisamente la elección del polo activo, sustituyendo el anodo por el catodo, cuando el primero no ha producido efectos favorables en algún caso y, además, no desdeñan el asociar á su método, otras veces, tanto el soplo citático como la introducción electrolítica de medicamentos, cosa esta última que constituye la base principal del segundo método, ó sea el de Leduc, de Nantes.

Vemos, por consiguiente, que el método de Bergonié, que no es, por lo demás, otra cosa que aquello mismo que venía practicándose desde los tiempos de Erb y otros electroterapeutas, si bien con las modificaciones que ha ido introduciendo la experiencia de todos,

como lo relativo á la densidad é intensidad de la corriente y á su duración; vemos, repito, que dicho método carece de bases sólidas, pues no solamente le falta un criterio fijo respecto al polo que debe elegirse como polo activo en cada caso, sino que, por añadidura, amalgama en su práctica procedimientos que pertenecen de derecho á otros métodos y hasta á otras modalidades eléctricas.

A Stéphane Leduc debemos el perfeccionamiento del método electrolítico, llamado propiamente hoy electroiónico. La preferencia de que goza ya éste por la mayoría de los prácticos, se explica fácilmente, no sólo por sus buenos resultados, sino porque, se fundamenta sobre principios más fijos y razonamientos más científicos y demostrables. La moderna teoría de los iones, dando explicación á gran parte de los fenómenos eléctricos, ha venido á sancionar también la práctica, antes empírica y grosera, de la introducción de las sustancias medicinales á través de la piel íntegra, en virtud de la corriente galvánica. El método de Leduc, basado en la acción combinada de la corriente eléctrica y de la ionización de los tejidos enfermos por sustancias apropiadas para calmar la irritabilidad y combatir directamente procesos causales de la afección de los nervios, es, pues, en la actualidad, el más completo y racional procedimiento electroterápico para todas las neuralgias en general y, muy especialmente, para la del trigénino.

No hemos de repetir aquí lo fundamental del método electroiónico, porque ya ha sido expuesto en otro lugar (1), bastará recordar algunos detalles de la técnica, que completen la descripción del procedimiento aplicado al caso particular de la neuralgia del quinto par, que es hoy el objeto de nuestro estudio.

En el tratamiento de esta afección, el polo activo puede ser cualquiera, toda vez que la polaridad no es aquí esencial; antes bien, está subordinada á la condición eléctrica de la sustancia medicamentosa empleada. Si ésta es un anión, el polo activo será el catodo; pero si es catión, será el anodo el activo. Vemos, pues, que la polaridad activa nos la indicará siempre la sustancia que se vaya á emplear, y, por consiguiente, sólo hemos de tener en cuenta si ésta es un anión ó un catión.

Dicha sustancia, perfectamente disuelta en agua destilada, viene á constituir el eléctrodo que se hace actuar sobre el punto ó los puntos dolorosos por medio de compresas de tejido hidrófilo empapadas en la referida solución y recubiertas de una placa de estaño. Si los puntos dolorosos son múltiples y poco precisos, como sucede á me-

(1) Véase REVISTA IBERO-AMERICANA DE C. M.—Junio 1907, núm. 87.—*La Medicación iónica*, por el Dr. E. Vilches.

nudo, convendrá entonces que la compresa y la placa tengan la forma y extensión de toda una mitad de la cara y aun parte del cráneo, á fin de que la acción electroiónica se ejerza sobre el mayor número posible de ramificaciones nerviosas. El polo indiferente, constituído asimismo por una compresa mojada en igual solución y recubierta de otra placa de idéntico metal, debe ser de gran tamaño, y puede colocarse en la parte superior del dorso ó en la anterior sobre el esternón. También, si hubiese necesidad, podría colocarse en un brazo.

Diversos iones se utilizan en el tratamiento de la neuralgia facial; pero el preferentemente usado, en la generalidad de los casos, es el salicílico. También disponemos del ión mercurio (neuralgias específicas) y del ión quinina (paludismo). Ateniéndonos, para la descripción del procedimiento, al caso más frecuente, esto es, al empleo del salicílico, nos valdremos de una sal que le contenga y sea perfectamente soluble, como, por ejemplo, el salicilato de sosa; y como entonces el ión que tratamos de introducir es un anión, el polo activo será forzosamente el catodo.

Colocados ya los eléctrodos, y perfectamente adaptados al enfermo, así como cuidadosamente unidos á los cordones conductores de manera que no puedan separarse éstos en ningún momento durante la operación, se procede á establecer el paso de la corriente, lo que debe hacerse con extremada lentitud, de tal modo, que el miliamperómetro vaya marcando la intensidad por fracciones de milésima. La intensidad máxima debe alcanzarse pronto; si es posible, en dos ó tres minutos á lo sumo, y mantenerla constante luego todo el tiempo que dure la sesión.

Al comenzar el paso de la corriente suelen despertarse los dolores, si en aquel momento estaban mitigados, y aun adquirir gran violencia; pero es sólo por un instante, cesando por completo tan luego como la intensidad queda estacionada en su máximum, así el dolor provocado por la corriente como el espontáneo, si existía en el momento de la aplicación. La duración de estas sesiones es variable, según diversas circunstancias: tolerancia del enfermo, gravedad de la afección, etc.; pero casi nunca debe ser menor de treinta minutos. Muchas veces hay necesidad de llegar hasta cuarenta y aun á sesenta; pero mi experiencia parece haberme demostrado que en los casos rebeldes no hay gran ventaja en prolongar más allá de este tiempo la sesión.

Para hacer cesar la corriente, tendremos buen cuidado en ir rebajando muy despacio la intensidad por medio del reostato, precaución que, si siempre es necesaria, sube de punto su importancia en todas las aplicaciones que se realizan en las proximidades del

encéfalo, donde es tan fácil que variaciones bruscas de potencial den lugar á la producción del vértigo, que siempre preocupa al enfermo, y aun á amagos de síncope.

Una vez terminada la operación, el dolor ha desaparecido y el enfermo goza de completo bienestar durante un tiempo más ó menos largo, á veces por muchas horas, y cuando reaparece aquél, es lo frecuente que lo haga con menor violencia.

Respecto á la curación total, cuando se obtiene, puede ser hasta con una sola aplicación. Esto es raro; lo regular es que sean necesarios ocho ó diez, pero en otros casos se hacen precisas treinta ó cuarenta, y aun muchas más.

Salvo en las neuralgias muy graves, de insoportables sufrimientos, en las que será conveniente hacer una aplicación diaria, y aun más de una en las veinticuatro horas, en todas las demás bastará hacerlas cada dos días.

Hay ciertas neuralgias cuya fisonomía especial exige alguna modificación en la técnica que acabamos de describir, y son aquellas en las cuales el dolor está muy localizado ó concentrado en los sitios ya conocidos de antiguo con el nombre de puntos dolorosos, cómo son: los supra é infraorbitarios, el nasal, el mentoniano, preauricular, temporal, etc.

En estos casos, cuando el dolor se cantona con gran intensidad y constancia en uno ó dos de estos puntos, conviene á su vez reconcentrar también sobre ellos, todo lo posible, la acción de la corriente eléctrica, y en lugar de la gran placa que recubre toda la mitad de la cara, según hemos dicho antes, se hallará ventaja en servirse de un eléctrodo más pequeño, que comprenda sólo la región del punto doloroso y sus alrededores en una extensión de muy pocos centímetros. En estos casos, teniendo en cuenta el aumento de densidad de la corriente, no podremos elevar la intensidad más allá de ciertos límites, por el peligro de las escarás.

Una neuralgia de esta especie he tenido ocasión de tratar, en la que el punto doloroso más importante, y del cual partían siempre las irradiaciones, hacia toda la mitad derecha de la cara, estaba situado en la parte anterior derecha de la bóveda palatina, cerca del borde alveolar del canino.

Se habían practicado ya muchas sesiones de electroionización con resultados muy poco duraderos, y si bien conseguíamos casi la desaparición de los dolores en los puntos infraorbitario y temporal, no se pudo modificar en lo más mínimo el más intenso de todos, que era, como ya hemos dicho, el situado en el paladar. Pensando que esta rebeldía fuera dependiente de la imposibilidad de actuar de un modo directo con el eléctrodo sobre dicho punto, tanto por su situa-

UNIV. OF
CALIFORNIA

ción profunda, cuanto por ser una superficie mucosa, se me ocurrió echar mano de un artificio, que quiero consignar aquí, en gracia á los felices resultados que obtuve.

Para lograr mi objeto, ó sea llevar directamente la corriente eléctrica y los iones medicamentosos sobre el punto doloroso palatino, hice construir un tubo de cristal de 8 mm. de luz, cerrado por su extremidad más delgada y atravesado por una varilla de cobre que, penetrando por esta extremidad en el interior del tubo, terminase un centímetro ó centímetro y medio antes de llegar al otro extremo abierto del mismo (fig. 1.ª).

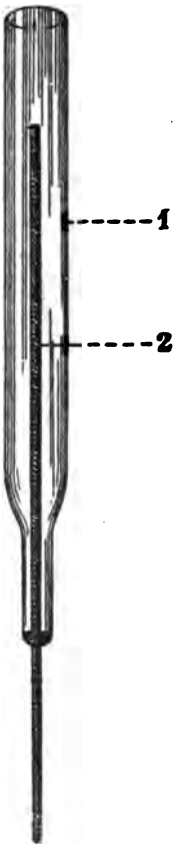


Figura 1.ª

Para proceder á esta aplicación, se hace que el paciente llene la boca cuanto pueda del líquido electrolítico, y se introduce en ella el tubo en cuestión por su extensidad abierta, previamente lleno también de la misma solución. El enfermo aplica sus labios exactamente sobre las paredes del tubo, á fin de que no se derrame el líquido, sujetándole al mismo tiempo con la mano, y el extremo libre de la varilla de cobre se une muy sólidamente al correspondiente reóforo.

De esta disposición resulta un eléctrodo líquido en contacto directo con el punto doloroso, y sin perjuicio ninguno para la superficie mucosa, toda vez que la varilla de cobre no establece contacto con los tejidos, y sí únicamente con la solución.

(La fig. 2.ª representa á una enferma sometida á esta aplicación.)

Los resultados, como ya he dicho, fueron excelentes desde el primer día, logrando al poco tiempo ver desaparecer el dolor del referido punto, cosa que no habíamos podido conseguir en muchas sesiones por la acción exterior del eléctrodo.

Tiene, sin embargo, este proceder, algunas dificultades que al principio entorpecen la operación, pues el paciente se cansa ó se distrae y deja pasar hacia las fauces alguna porción de líquido, lo cual produce excitación á la tos que puede determinar con violencia la expulsión del líquido y del tubo. Estos inconvenientes se pueden salvar haciendo las primeras sesiones muy cortas para que el individuo se vaya acostumbrando, lo que se consigue siempre. Pero de

todos modos, es indispensable no separar la mano del reostato para rebajar la intensidad ó hacer cesar la corriente en el momento mismo en que el paciente nos indique por señas que siente amagos de tos. Yo he podido sostener estas aplicaciones hasta treinta minutos, sin ningún inconveniente.

En resúmen: el tratamiento de la neuralgia grave del trigémino por la electroionización es, á mi juicio, el medio más eficaz, inofensivo y menos molesto de cuantos se han empleado hasta el presente para combatir tan terrible y pertinaz dolencia, y con esta apreciacion mía coinciden hoy la gran mayoría de los prácticos, entre los que pueden citarse Leduc, Delerhm, Laquerrière, Lewis Jones, Althano y otros muchos.

Debo terminar repitiendo aquí que, á pesar de todos los entusiasmos despertados por el método electroiónico, son bastantes los casos en que el éxito no corresponde á las esperanzas, y, por consiguiente, que no tratamos, ni mucho menos, de presentarlo como remedio seguro é infalible en el tratamiento de las neuralgias del trigémino; pero también debe tenerse muy en cuenta que la mayor parte de los sujetos, por no decir todos, afectos de ésta como de otras muchas dolencias, no acuden al electroterapeuta sino tardiamente, cuando ya han agotado toda clase de recursos médicos y, á veces, hasta quirúrgicos, y que, por lo tanto, la proporción de enfermos curados ó mejorados por los procedimientos eléctricos, patentiza en éstos un valor terapéutico de primer orden.

## ALGO SOBRE LOS EFECTOS NOCIVOS DE LOS RAYOS ROENTGEN EN LA ECONOMÍA ANIMAL

Por el Dr. Saturnino García Hurtado
Del Instituto Rubio y de la Beneficencia municipal de Madrid.

### II

El curso clínico de las quemaduras producidas por los rayos Roentgen, es mucho más largo que el de las quemaduras producidas por los medios ordinarios. Mientras que en éstas, el eritema, las ampollas y la destrucción de tejidos se produce rápidamente, en aquéllas hay un tiempo latente, más ó menos largo, entre la exposición á los rayos y la aparición de la reacción inflamatoria.

El curso posterior varia también, siendo más pesado y largo el de las quemaduras por los rayos X que el de las ordinarias.

La cicatriz que dejan las ulceraciones cuando la quemadura por los rayos ha sido muy profunda, es una cicatriz blanda rodeada de manchas equimóticas, y dejando debajo de la piel islotes fibrosos ligeramente duros, dando á la palpación una impresión semejante á la que dan esas personas gruesas que pasan ya de los cuarenta años, sobre todo en las señoras, y que, palpando la piel, se notan desigualdades como de islotes muy duros enclavados en el panículo adiposo.

Los radiólogos que se empeñan en exponerse á la acción de estos rayos, aunque sea con algunas precauciones, conservan una radiodermitis más ó menos intensa, suele caérseles el pelo, las uñas se deforman y se aplanan, el epidermis se condensa, formando escamas duras, y en los puntos de flexión de los dedos se hacen á modo de callos semejantes á los que se les forman á los trabajadores manuales. En algunos casos aparece una total atrofia de la piel de las manos.

Desgraciadamente, no se limita á estas solas alteraciones, ya por sí bastante importantes, la acción destructora de los rayos Roentgen, sino que, en determinadas ocasiones, aparecen en los tejidos degeneraciones sarcomatosas y carcinomatosas, originadas sin duda alguna por la acción nefasta de estos rayos. Estas degeneraciones han exigido varias amputaciones y han originado la muerte á varias personas.

La radio-dermitis crónica de los radiólogos, con proliferaciones epidérmicas, callosidades y resquebrajamientos de la piel, se empeora notablemente por la humedad.

Es preciso estar mucho tiempo sin humedecer las manos para que desaparezca toda inflamación. Aun así, la evolución de las modificaciones cutáneas es muy lenta, y si, de vez en cuando, con esta radio-dermitis crónica se expone el que la padezca imprudentemente á la acción de los rayos, determínanse entonces las degeneraciones sarcomatosas y carcinomatosas.

La evolución de estos procesos empieza á orientarnos algo más respecto á su naturaleza, confirmándonos en nuestra idea de que el cáncer debe ser más bien originado por condiciones mecánicas íntimas de nutrición que por otras causas bacterianas ó parasitarias.

De la acción nefasta de estos rayos sobre los órganos internos, empezaron primeramente los autores franceses á darnos cuenta. Barthelemy y Dadier observaron trastornos del gran simpático, alteraciones en la vejiga de la orina, en la menstruación y en el curso del embarazo.

Krause y Ziegler, después de muchos cientos de observaciones,

notaron en los enfermos nerviosos palpitaciones cardíacas é irritabilidad en el carácter.

Schär observó graves trastornos nerviosos.

Barjon observa también trastornos cardíacos, con arritmia, arterio-esclerosis, trastornos del sistema nervioso sensitivo y alteraciones en la retina y en la acomodación. Otros autores franceses observaron fuertes dolores de cabeza, vértigos, vómitos, depresiones y excitaciones nerviosas.

Albers-Schoenberg, sometiendo los testículos de los conejillos de Indias y de los perros á la acción de los rayos Roëntgen, por espacio de trescientos setenta minutos, observó después en ellos la pérdida del poder fecundante.

Frieben hace notar el empequeñecimiento de los testículos por alteraciones celulares, si bien dice que la sustancia fundamental de los mismos permanece íntegra, según parece demostrar el microscopio.

Villemin, Bergonié, Buchstel, Scholz, Seldin, Hoffmann y otros, después de minuciosas investigaciones en los conejillos de Indias, perros, ratas y ratones, han demostrado la gran resistencia de los espermatozoides á la acción de estos rayos; pero su pérdida de poder fecundante al fin, cuando la exposición ha sido demasiado larga. Con menores intensidades y exposiciones aparecen después de algún tiempo (dos ó tres meses) completamente regenerados.

El coito es posible después de la exposición más ó menos larga, pero resulta estéril.

Tilden, Brown y Osgood han encontrado en el hombre, en diez y ocho sujetos que se dedicaban al manejo de estos rayos, azoospermia en los que llevaban varios años de trabajo, y oligonecrospermia en los que hacía poco que á esto se dedicaban.

Lapowski cita un caso, en el cual se trataba de un prurito de ano sometido á la acción de estos rayos, apareciendo á los ocho días necrospermia. Cinco meses más tarde, fueron encontrados vivos los espermatozoos.

Philipp observó en dos hombres, después de la exposición de trescientos sesenta y cinco y ciento noventa y cinco minutos, una completa azoospermia, sin atrofia de los testículos.

En todos los casos se había conservado la facultad copulativa.

Halberstaender ha encontrado, en perras sometidas á la acción de los rayos, atrofia de los ovarios y alteraciones de las vesículas de Graf. Otros muchos observadores han comprobado estos mismos fenómenos.

Joveau de Courmelles ha observado, en las enfermas de fibromas uterinos sometidas á la acción de estos rayos, una rara desaparición

de las reglas, después de una mayor frecuencia al principio del tratamiento. En gran número de enfermas apareció la menopausia antes de tiempo. El número de aplicaciones á cada paciente oscilaba entre 18 y 160.

Sobre la acción de los rayos en el bazo, intestinos y glándulas linfáticas, ha hecho Heineke notables estudios.

Milchner y Mosse han estudiado los efectos en las extremidades de los perros, observando en la cavidad medular de los huesos largos atrofia y desaparición de mielocitos y elementos linfoideos, mientras que los glóbulos rojos y mielobastos permanecen indemnes.

Helber y Linser, investigando la sangre de las ratas, perros y conejos, han comprobado varias veces la falta de leucocitos y la alteración también de los glóbulos rojos.

Scott-Warthin encuentran, en los riñones de los ratones sometidos á estos rayos, graves alteraciones en el parénquima y albuminuria.

Buschble y Schmitdt, en perros, gatos y conejillos de Indias sometidos á una acción intensa, graves necrosis renales.

Birch-Hirschfeld, experimentando en los ojos de los conejos, encuentran blefaritis ulcerosas con caída de las pestañas, conjuntivitis membranosas, trastornos en la córnea é iritis.

Cluzet y Bassal han experimentado sobre perras embarazadas, encontrando que los efectos perjudiciales de los rayos se dejan sentir con más intensidad en el tiempo correspondiente á la primera mitad del embarazo. Empleando tubos semiblandos, y sometiéndolos á la acción de estos rayos por espacio de treinta minutos, dicen no haber observado efectos dañosos en estos animales.

La acción funesta no se manifiesta solamente en los órganos internos sometidos á los rayos, sino en la economía entera, y con tanta más intensidad, cuanto menor es la edad del animal.

Asi, en el embrión, generalmente producen la muerte, como la acción sea algo intensa, ó se anticipa el alumbramiento, muriendo el feto al poco tiempo de nacer, ó es expulsado en estado de maceración.

Ioesterlig, sometiendo á diferentes animales, de uno á once días de edad, por espacio de cinco á diez minutos á la acción de estos rayos, ha visto que, pasados los cinco á ocho primeros días, se les cae el pelo, se suprime el crecimiento de los órganos, y la mayoría mueren más ó menos tarde, después de gran enflaquecimiento.

Ha podido también comprobar, después de la exposición de cinco minutos en un animal muy joven, una falta de crecimiento y trastornos nutritivos en la región expuesta.

Haenisch ha observado también, en dos niños con lupus en la cara, trastornos de crecimiento en la region correspondiente.

Dice Quadrone, que en un caso de pseudoleucemia tratado por los rayos Roentgen, apareció una pleuritis exudativa como reacción inflamatoria de la serosa pulmonar, influída por la acción irritativa de estos rayos.

En mi concepto, conviene precisar más estas observaciones. La leucemia es una enfermedad primeramente estudiada por Virchow en 1845. Su estudio fué magistral, aclarando mucho su patogenia. Posteriormente, Ehrlich, entre 100 casos, encontró trasudaciones en la pleura en 17, y en el pericardio, en 15. Pudiera ser, pues, esta pleuritis exudativa dependiente del dinamismo que la enfermedad por sí acarrea, sin necesidad de añadir otra nueva causa para su producción.

Eritemas distantes del punto de exposición han observado Barjon y Nogier.

Holzkuecht, estados generales con alta fiebre, exantemas y tosihemia, que después ha tenido curso favorable.

En conclusión: se citan casos de muerte después del tratamiento de los leucémicos por estos rayos, sin que hasta ahora se haya deslindado claramente si la muerte procedía de la evolución de la enfermedad, ó se precipitó por el nuevo tratamiento.

Como se ve por lo ligeramente expuesto, el manejo de los rayos X no es cosa inofensiva y de poca monta. Tanto por el médico como por el enfermo, es en absoluto necesario, especializar esta clase de conocimientos. Así se evitarán las consecuencias desagradables que hasta ahora se han producido, por tratarse de un medio terapéutico y de diagnóstico recientemente introducido en medicina, y cuyos efectos era imposible prever (1).

---

(1) Las citas de este artículo están tomadas de un trabajo del Dr. L. Schwarz, de Hamburgo, publicado en *Fórtchritte auf dem Gebiete der Roentgenstrahlen*, correspondiente al 25 de Marzo del presente año.

# REVISTA DE ESPECIALIDADES

POR EL PROFESORADO DEL INSTITUTO RUBIO

## Anestesia.

**Anestesia local en las operaciones sobre la caja del tímpano.**
(*Le Monde Médical*, Marzo 1909.)

El Dr. Bouloy recomienda el siguiente procedimiento, debido á Mérel.

Anestesia de la caja por la inyección de una solución de cocaína debajo de la piel de la parte profunda del conducto, cerca del *mur de la logette*, es decir, al nivel de la zona de Troltsch, que contiene los vasos y nervios del tímpano.

El líquido que hay que emplear tiene la composición siguiente:

Solución de cloruro de cocaína al 1 por 100... 1 c. c.
Sulución de cloruro de adrenalida al 1 por 1000. 5 gotas.
M.

La jeringa para la inyección, de un centímetro cúbico de cabida, va provista de una aguja de acero de paredes gruesas, ya que debe ser resistente, montada en ángulo obtuso sobre el cuerpo del instrumento. Va provista de dos anillos laterales que permiten sujetarla fuertemente con la mano.

La técnica de la inyección es la siguiente: sentado el enfermo en posición otológica, se procede en dos tiempos:

1.° *Anestesia del conducto.* — No es indispensable, pero es útil para atenuar el pequeño dolor producido por el movimiento de la aguja. Un chorro de cloruro de etilo sobre el punto de la inyección es suficiente.

Con la mistura de Ronain, una mecha de algodón hidrófilo de 2 centímetros de largo por 4 ó 5 milímetros de ancho, que se lleva á la entrada del conducto y se coloca sobre la pared superior, sin que llegue á tocar la membrana timpánica. Se quita á los diez minutos.

2.° *Inyección de la solución.*—Se hace bajo la inspección del *speculum*. Previamente esterilizada la jeringa, se hunde la aguja en la pared superior del conducto, en la unión de la porción cartilagi-

nosa con la ósea hasta contactar con el hueso, sin herir este último; después se le hace recorrer algunos milímetros hacia la profundidad del conducto, procurando insinuarla en lo posible, entre el periostio y el hueso subyacente. Se empuja entonces el pistón de la jeringa muy lentamente, con objeto de hacer penetrar el líquido gota á gota. Cuando se haya inyectado un cuarto ó medio centímetro cúbico, se retira el instrumento.

Al cabo de ocho á doce minutos, quedan insensibles la membrana y la caja, comprendiendo el ático.

La anestesia dura de diez á quince minutos.

**II Congreso Internacional de Cirugía, celebrado en Bruselas del 21 al 25 de Septiembre de 1908.** (*Revista de Medicina y Cirugía Prácticas:* Marzo de 1909.)

El Dr. Ribera manifiesta que ha empleado siempre el cloroformo, y en más de 5.000 operaciones sólo ha tenido que deplorar una muerte, por síncope primitivo en una niña de ocho años.

El éter no lo quiere emplear, puesto que mata también, por lo cual prefiere el cloroformo.

Respecto á la punción lumbar, sólo la ha practicado como medio de diagnóstico, puesto que son tantos los accidentes ocurridos en los primeros casos de raquicocainización, que no se puede establecer una comparación entre la inocuidad relativa del cloroformo y los accidentes de la anestesia por inyección intrarraquidiana.

El Dr. Vallas (de Lyón).—*Conclusiones*:

1.ª El éter es el mejor y el más inofensivo de los anestésicos generales por inhalación. Debe emplearse siempre que no esté contraindicada la anestesia general y no exista alguna lesión importante de las vías respiratorias.

2.ª El cloroformo es un anestésico excelente que debe sustituir el éter cuando éste está contraindicado. Los peligros mayores que corren los enfermos imponen la vigilancia más rigurosa y una gran prudencia en su administración.

3.ª El cloruro de etilo presta grandes servicios en las intervenciones rápidas. No debe emplearse para las anestesias de larga duración. Mezclado con el éter, favorece el principio de la anestesia, que hace más fácil y más rápida.

4.ª La asociación de la morfina al cloroformo ó al éter economiza cierta cantidad de anestésicos, y disminuye así los peligros de la impregnación del organismo. Está más recomendada en las operaciones que se suponen han de ser de larga duración.

5.ª Cuando se emplea el cloroformo, conviene recurrir al mé do de Dastre y Morat, porque la atropina constituye el mejor me preventivo de que disponemos contra el síncope por excitación neumogástrico.

*Anestesia medular.*—El Dr. Rehn (de Francfort) cree que en estado actual de la ciencia es peligroso provocar las anestesias e vadas por el método raquidiano, y que las tentativas hechas p localizar la acción de los anestésicos en el espacio subaracnoid tienen pocas probabilidades de éxito. Sigue las reglas de Bier p la anestesia medular, y aconseja el empleo de la tropo-cocaína. raquianestesia, contraindicada en cierto número de enfermeda sobre todo en los casos de supuraciones, de arterio-esclerosis ves, de trastornos del sistema nervioso central, está más indic en los ancianos que en los jóvenes. Cree el Sr. Rehn que conven formar una estadística internacional para conocer el valor ex de la raquianestesia. A su juicio, el nuevo método de anestesi gional de Bier por inyección intravenosa limitará el empleo d anestesia medular.

*Anestesia local.*—El Dr. Mac Arthur (de Chicago) dijo qu novo-cocaína es siete veces menos tóxica que la cocaína, y tan a tésica como ésta cuando se emplea combinada con la adrena Debe considerarse como indicaciones de la anestesia local el a ma, la edad y las afecciones de los bronquios, del riñón y del cardio.

El Dr. A. Von Hinst (de Maros-Vsarherly) manifestó que h sayado el método de las inyecciones endoneurales anestésicas las extremidades, método empleado por Crile en 1887 (inyecc de cocaína y de eucaína) y por Matas (solución de cocaína al 100). Kocher, en una amputación de muslo, inyectó la cocaí el nervio crural. Von Hints ha empleado este método en 60 c ciones (solución de novo-cocaína al 2 por 100). Para el miemb perior descubre el paquete vásculo-nervioso en la axila, por de una incisión de 6 á 8 centímetros; la inyección en cada r produce un abultamiento fosiforme. La herida es suturada guida, haciendo en su extremidad inferior una serie de inyec en círculo para la anestesia de la piel.

Para el nervio inferior hace una incisión de 10 centímet el trayecto del nervio ciático por encima del hueco poplíteo; yección se practica por encima de la bifurcación (2 á 4 c. c. solución de novo-cocaína y adrenalina), después se hace una ción circular. En seis casos la inyección se hizo en la región practicándose á la vez otra en el clural. Es preciso espera á quince minutos; sólo cuatro enfermos se quejaron durante

ración, pero después dijeron que habían tenido, más que nada. miedo. La anestesia dura de hora á hora y media, mucho más que con la cocaína. El método está indicado principalmente en los enfermos que se hallan en colapso.

DR. FERMÍN MARTÍNEZ SUÁREZ

---

## Ano é intestino grueso.

**Conservación del apéndice, fundado en su utilidad fisiológica.** (*Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, Diciembre de 1908.)

En la Real Sociedad de Medicina de Londres (sesión de 10 de Noviembre), el Dr. C. B. Keetley dijo que la apendicestomía es útil, no sólo en la apendicitis de varias clases, sino también en ciertas formas de invaginación, sobre todo para prevenir la recidiva; en la hemorragia intestinal, en la fiebre entérica y en algunas otras formas de enteritis; como válvula de seguridad, en la enterectomía y colectomía; en la distensión intestinal de algunos estados tóxicos, como medio de administrar los alimentos, y en el estreñimiento crónico. Recomendó la trasplantación del apéndice, de manera que todo él ó su mayor parte permanezca incluído en la pared abdominal, en la creencia de que la apendicitis es peligrosa, no por la naturaleza del apéndice, sino por sus relaciones con la cavidad del peritoneo; muchos apéndices necesitan ser extirpados, aunque no estén lesionados en su estructura; las concreciones, etc., del apéndice deben ser extraídas sin extirparse el órgano.

Para demostrar la eficacia del procedimiento, hizo las observaciones siguientes: la apendicestomía es el tratamiento quirúrgico preferible y más generalmente aplicado en el estreñimiento crónico, porque un tubo largo puede lavarse mejor cuando está abierto en sus dos extremos, porque da acceso fácil á la parte superior del intestino grueso; los medicamentos administrados de este modo no perturban el estómago ni el intestino delgado, y, finalmente, porque la experiencia ha demostrado su valor. Otro motivo más para conservar el apéndice, es la posibilidad de que sea exacta la teoría de Metchnikoff, según el cual, las bacterias del intestino grueso ejercen una influencia funesta, por acelerar las modificaciones características, puesto que en la apendicestomía puede lavarse con seguridad dicho intestino.

**Los supositorios de jabón en el tratamiento de la apendicitis.**
*(Semaine Médicale*, Janvier 1909.)

El Dr. W. Zenner (de Berlín) recomienda cada tres ó cuatro horas un supositorio de jabón, que pueden ser más frecuente (cada hora ó cada media) en las crisis agudas alarmantes.

Este tratamiento, que ha empleado en 246 casos, le ha dado siempre brillantes resultados, consiguiendo una evacuación abundante al primero ó segundo, la cesación de la tensión y los dolores y, finalmente, la dominación del proceso, que ha terminado, la mayoría de las veces, por curación.

---

**Cáncer del recto como manifestación del cáncer latente del estómago.**
(*Semaine Médicale*, Janvier 1909.)

El profesor J. Schnitzler, cirujano del Hospital Wieden, de Viena, da cuenta de 11 observaciones, dos personales, de enfermos operados por él, que, después de la extirpación del recto por vía sugra, se ha encontrado con la desagradable sorpresa de tener sus pacientes un cáncer del estómago, que no habían dado lugar á manifestaciones de ninguna clase.

El Dr. Schnitzler da la voz de alarma para que, siempre que se halle un neoplasma maligno rectal, se explore bien la región gástrica, para evitar intervenciones inútiles y deslucidas.

---

**Tratamiento de la apendicitis aguda, tal como se presenta al médico práctico.** (*La Semaine Médicale*, Janvier 1909.)

Según el Dr. James Phillips, el tratamiento ideal de la apendicitis aguda en su primer estadio, reside en la intervención inmediata; pero como los enfermos llegan demasiado tarde á manos del cirujano, es conveniente averiguar si aún puede retrogradar, ó se impone la operación, para evitar la peritonitis séptica generalizada.

Como quiera que el pulso y la temperatura se han mostrado siempre infieles, un medio de cerciorarse bastante bueno consiste en, descubierto el abdomen, se coloca la mano derecha, previamente calentada, sobre él, y teniendo cuidado de no ejercer ninguna presión, se comienza por explorar la pared epigástrica donde se nota que los músculos rectos ceden ligeramente en cada inspiración. Si se desliza en seguida la mano sobre la mitad izquierda de este músculo y descendiendo hasta el pubis, se percibirá el mismo doblegamiento que en la región epigástrica. Por fin, es preciso remontar

la mano hacia el epigástrico sin perder el contacto de la pared abdominal, y descender de la misma manera del lado derecho; cuando se llega á la región del apéndice, si existe un foco purulento, el segmento correspondiente del músculo (y no el músculo entero) aparece sólidamente contracturado, y da la sensación de una placa leñosa.

Es necesario, para darse bien cuenta de este signo tan evidente, emplear durante todo el examen una gran suavidad, con objeto de no provocar la contracción total del músculo. Cuando el resultado es negativo, se continúa la expectación y la dieta hídrica; pero en el caso contrario, la intervención debe ser considerada como urgente.

---

**Amputación espontánea del apéndice vermicular.**
(*Semaine Médicale.* Marzo 1909.)

M. Von Friedländer ha mostrado piezas anatómicas que provenían de un caso de apendicitis, en el cual, en el acto operatorio, no se encontraron más que detritus, en lugar del apéndice vermicular. Al cabo de cierto tiempo, nuevos síntomas de apendicitis y peritonitis hicieron necesaria la operación; y abierta la cavidad abdominal, se encuentra el apéndice, que había sido eliminado en el acceso anterior, y que no fué encontrado. Parecidos casos pueden ser evitados con la intervención precoz.

---

**Apendicitis simulando un cálculo ureteral.** (*Semaine Médicale*, Marzo 1909.)

M. Seelig refiere el caso de una mujer de treinta y siete años que ingresó en su enfermería con todos los síntomas de un cálculo ureteral. Seis meses antes, las orinas se habían presentado sanguinolentas en la época correspondiente á la menstruación, faltando ésta. El dolor que la aquejaba, jamás tuvo relación con las micciones. La enferma había enflaquecido bastante. Existía un poco de tenesmo vesical.

A su entrada en el Hospital, el examen objetivo fué negativo. Al segundo día, aparece una crisis violenta, que le produce un síncope, durante el cual se reproduce la hematuria; el dolor afecta el trayecto del uréter, pero sin elevación térmica. El cateterismo de los uréteres muestra que el izquierdo está permeable, pero en el derecho se detiene la sonda á 5 centímetros de la vejiga. Con estos datos se admite como probable la existencia de un cálculo ureteral, que el examen radiográfico parece confirmar, pues se percibe una mancha sobre el trayecto del uréter.

Se descubre el uréter por vía trasperitoneal, y por la palpación no se descubre trozo ninguno de cálculo. Por el contrario, lo que se nota es un ligero acodamiento al nivel del punto en que el uréter cruza la línea innominada. En dicho sitio existe una masa resistente, del grueso de una cereza, y adherente á la cara anterior del conducto. Para mejor determinar su naturaleza, se abre el peritoneo, y se ve que dicho tumor está constituído por el apéndice que se hallaba en estado de infección subaguda y encerraba un coprolito. Su extirpación fué seguida de una curación completa.

**Atresia rectal.** (*Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, Marzo de 1909.)

En la *Imperial y Real Sociedad de Médicos* de Viena, el Dr. Luis Noszkowier presenta una niña de un mes, á la que hubo de operar al día siguiente de haber nacido, por tener atresia rectal. Para ello estableció en la fosa ilíaca izquierda una abertura fistulosa, que comunicaba con la flexura sigmoidea. A pesar de que por cada punto de sutura que interesaba la pared intestinal salía algo de meconio, no sobrevino peritonitis; la niña se repuso rápidamente, después de haber evacuado grandes cantidades de meconio, de tal suerte, que ya al décimoséptimo día se pudo proceder á abrir el recto por el sitio normal. Primeramente se introdujo por la fístula una papilla con bismuto metálico, y se sacó un röntgenograma, averiguándose así que el extremo inferior del recto llegaba hasta cerca del periné. Entonces se introdujo una pinza de cura en el recto por la fístula estercorácea, y se empujó hacia el ano. Fácil fué seguidamente incindir sobre la pinza y coser circularmente la mucosa del ano con la del recto. A partir de este momento, la criatura evacuó las heces por la vía natural, y la fístula no había de tardar en cerrarse espontáneamente, puesto que ya se observa en ella la tendencia á estrecharse, y muy de prisa.

Dr. Fermín Martínez Suárez

## Cirugía del aparato digestivo.

**Papel de la cirugía en el cáncer del estómago,** por Em. Bureau. (*Gas. Med. de Nantes*, 20 Marzo 1909.)

En los tumores malignos del estómago la Cirugía puede intervenir en dos condiciones diferentes:

1.° Debe, ante todo, procurar la extirpación completa del cáncer y de los territorios linfáticos. Es el método ideal realizable en los

comienzos de la afección, capaz de asegurar la curación definitiva.

2.° Puede todavía, cuando el tumor demasiado avanzado en su evolución no puede ya ser extirpado, y sobre todo cuando se trata de localización pilórica, producir al enfermo tal alivio, que hay en la supervivencia muy apreciable, la ilusión de la curación posible y de una verdadera resurrección.

Los resultados de la operación radical permanecen subordinados á la posibilidad de operar muy pronto. Se debe discutir la oportunidad de la intervención desde que un sujeto de más de cincuenta años, no alcohólico, sin ningún trastorno digestivo anterior, comience con síntomas gástricos. Leriche presenta un total de 89 casos, en los cuales, los resultados alcanzan de tres á diez y seis años. Otras estadísticas dan 20 por 100 de curaciones durables.

La gastrectomía, á pesar de sus peligros y la frecuencia de sus recidivas, continúa siendo operación excelente, que puede dar todavía mejores resultados con el perfeccionamiento de la técnica y la intervención más precoz. Lo mejor será, pues, proponer al enfermo la laparotomía exploradora.

La Cirugía puede también intervenir con fruto en los cánceres pilóricos, con supervivencias no despreciables. La gastro-enterostomía da con frecuencia excelentes resultados, á pesar de ser operación paliativa.

La operación de elección es la gastro-enterostomía posterior, transmesocólica, intervención bien reglada, fácil de ejecutar, capaz de hacer cesar inmediatamente el éxtasis gástrico, y poco grave por sí misma si no se ha esperado el agotamiento del enfermo. En general, da supervivencias de seis á siete meses y, por excepción, de tres años.

Como último recurso, después de la propagación del cáncer á la casi totalidad del estómago, hay la yeyunostomía, que no es más grave por sí misma que la creación del ano artificial.

---

**Las hemorragias intestinales después de la resección del apéndice,** por H. Millou. (*Presse Médicale*, 8 Febrero 1909.)

Pueden tener dos orígenes: el muñón que sangra por alguna falta de técnica operatoria, ó tener por origen un punto más ó menos alejado del apéndice, el duodeno con más frecuencia. Aquí no se hablará más que de estas últimas.

En la apendicitis grave, con ó sin peritonitis generalizada, la hematemesis acompaña ó procede de ordinario á la melena. Son hemorragias graves y con frecuencia mortales. En la autopsia se en-

cuentra ulceración gástrica ó duodenal. Cuando la hemorragia mortal es precoz, no se encuentra más que sufusiones sanguíneas, indicando el punto sangrante; cuando es más tardía, se puede hallar la úlcera perforante.

En las apendicitis operadas en frío, las hemorragias intestinales son las más frecuentes; son mucho más benignas.

Estas hemorragias están ligadas, para Guibé, á ulceraciones intestinales, y con más frecuencia duodenales, de origen embólico, consecutivas embolias retrógradas, sépticas nacidas en las venas apendiculares y del meso, atacadas de flebitis. En el territorio regado por la vena obliterada, se necrosaría un pequeño territorio con autodigestión del foco necrosado y formación de úlcera. De cualquier modo, el hecho interesante digno de ser notado, es que las hemorragias intestinales consecutivas á la extirpación del apéndice, reconocen por causa, con frecuencia, una ulceración ó una úlcera duodenal.

---

**Los ascárides en Cirugía**, por G. Rénon. (*Archives Medico-chirurgicales du Poitou*, 1908, n.° 9.)

Desde el punto de vista quirúrgico, los ascárides pueden dar lugar á dos clases de accidentes: infecciosos y mecánicos.

*Accidentes infecciosos.*—El proceso tiene lugar del modo siguiente: El verme se fija al nivel de la mucosa y hace una heridita que, encontrándose en medio séptico, puede infectarse y originar un abscesito parietal. Según el modo de reacción peritoneal, éste, al abrirse, podrá dar lugar á un absceso verminoso, á una apendicitis verminosa ó á una peritonitis generalizada.

El absceso verminoso es, con mucho, el más frecuente de todos; aparece al nivel de la ingle ó en las vecindades del ombligo, bajo la forma de tumefacción, que crece con lentitud, se reblandece, se abre y da salida á pus fétido con ascárides, con frecuencia vivos. Presenta paredes gruesas y cavidades múltiples, y no se comunica en general con el intestino, que ha tenido tiempo de cerrarse. La curación es rápida, sobre todo después de la incisión precoz.

La apendicitis verminosa, con presencia de lombrices en el apéndice (presencia que no tiene nada de característica), puede revestir las formas más variadas.

La peritonitis generalizada es muy rara.

*Accidentes mecánicos.*—Pueden depender de la oclusión, de la emigración, por anormal, por contigüidad, ó de la emigración anormal por solución de continuidad.

Rénon refiere una observación personal muy precisa, de oclusión

intestinal por ascárides aislados en un divertículo de Meckel. Se trataba de un niño de cuatro y medio años, delgado, que, habiendo devuelto antes vermes, se quejaba de dolores abdominales bastante vivos, con estreñimiento y sensación clara de «paquete de cuerdas» á la palpación abdominal. Un vermífugo provocó la emisión de ascárides por el ano y condujo al alivio inmediato. Seis semanas después, nuevos accidentes del mismo género, pero que no son mejorados por vermífugo. A los diez días, signos indudables de oclusión intestinal: vómitos, ni deposiciones, ni gases, tumor supra-umbilical, doloroso, duro, bastante voluminoso, dando la impresión de hernia epigástrica estrangulada. A la palpación profunda se percibe en el flanco derecho una morcilla dolorosa. La laparotomía inmediata permite descubrir un tumorcito alargado, blancuzco, irregular, duro, continuándose directamente con una asa intestinal delgada, violácea y distendida por ascárides que se veían por transparencia; en suma, divertículo de Meckel atestado de vermes y esfacelado por distensión. Se incide, se retiran 42 lombrices vivas y se reseca. Consecuencias operatorias normales con expulsión por el ano de algunos ascárides.

Las emigraciones anormales por contigüidad se hacen, sobre todo, hacia las vías biliares; son raras.

Por último, las emigraciones anormales por solución de continuidad pueden producirse después de la abertura quirúrgica ó accidental del intestino, ó después de la perforación consecutiva á una enfermedad infecciosa.

Dr. R. L. y Yagüe

## Cirugía general.

**El tratamiento quirúrgico en las enfermedades del pulmón**, por Brauer. (LXXXVI Versamud, deutscher Naturforscher und. Ærzte. Cologne, Septiembre de 1908.)

Estudiando en conjunto las adquisiciones hechas últimamente en cirugía pulmonar, el autor describe una serie de métodos, con un juicio crítico sobre indicaciones y resultados.

Tomamos de este trabajo las notas más importantes, sin detallar.

La operación es posible en casos de lesión en el parénquima pulmonar, para buscar y drenar los focos de supuración; se puede, igualmente, en ciertos casos, practicar resecciones de una porción más ó menos grande del pulmón.

También deben estudiarse los métodos, cuyo fin es obtener por

compresión un colapso pulmonar, y aquellos que tienden á modificar el tipo respiratorio de un pulmón.

Las operaciones que se practican en el pulmón, en caso de gangrena ó de abscesos, se emplean desde hace mucho tiempo.

Brauer ha estudiado con Sauerbruch un procedimiento de drenaje de los grandes bronquios, pero sólo en el perro. Bruns y Lanerbruch han probado también en los animales á destruir un lóbulo pulmonar por ligadura de la rama principal de la arteria pulmonar nutricia de este lóbulo.

Cuando las afecciones pulmonares han resistido á todo tratamiento médico, y se piensa en el cirujano, el diagnóstico preciso es indispensable; el examen clínico se ayudará de la radiografía y de todos los medios conducentes á limitar el foco. Un detalle muy intesantes es el de si existen ó no adherencias pleurales y se obtiene con gran dificultad.

El colapso pulmonar, muy discutido en estos últimos tiempos, se puede obtener creando un pneumotoro artificial (Forlamini, Murphi) ó practicando una toracoplastia extrapleural más ó menos extensa (Quincke, Spengler).

En los años últimos, Brauer ha tenido ocasión de observar 48 casos de pneumotórax artificial y siete en que él indicó la toracoplastia extrapleural. Esta última operación es muy superior á la primera, sobre todo para las grandes cavidades del empiema, y e autor propuso la toracoplastia extrapleural en los enfermos de Davos, que no habían obtenido resultado con el pneumotórax artificial.

El colapso pulmonar puede emplearse en casos de dilatación bronquial rebelde.

Entre las operaciones que tienen como objeto modificar el tipo respiratorio haciendo intervenciones sencillas en el tórax, la operación del empiema de Freund merece mención especial, aunque no se puede todavía formar juicio definitivo. En cambio, la sección de la primera costilla, para movilizar la parte superior del tórax en casos de tuberculosis pulmonar incipiente, debe rechazarse de un modo absoluto.

---

**El drenaje aspiratorio en el tratamiento del empiema.** (*The Omeric Journal of the Med. sciences.* Enero 1908, págs. 64-73.)

Schley, autor de este trabajo, buscando un medio de evitar los inconvenientes de la operación clásica en el empiema, que esta muy lejos de ser un método ideal, y teniendo en cuenta que la mayor parte de los operados curan después de un tiempo larguísimo

tratamiento, cuando no quedan con fístulas persistentes, ha ensayado todos los procedimientos de drenaje conocidos, sin conseguir grandes resultados, hasta que, después de la publicación de Bryant, «Drenaje aspiratorio en un caso de empiema traumático», ensayó sistemáticamente este proceder en todos los casos de pleuresía purulenta. Los resultados obtenidos le llevan á decir que merece ser más conocido y generalmente adoptado.

Todos los medios conocidos para aspirar el contenido purulento de la pleura, tienen el inconveniente de que el enfermo ha de permanecer en cama, ó por lo menos en el hospital. El empleo de una simple pera de Politzer, que Bryant recomienda, es suficiente y permite al enfermo ir y venir, dejando el hospital en cuanto puede abandonar la cama.

La curación de la pleuresía purulenta progresa rápidamente si la expansión pulmonar es rápida también; pero si esta expansión se detiene, se forma una cavidad, y membranas resistentes encierran el pulmón; entonces no se conseguirá nunca la curación con un drenaje simple, y es necesario, no sólo hacer desaparecer la presión positiva intrapleural, sino establecer una hipotensión en la cavidad.

El método de Bryant es, sobre todo, aplicable á los casos de cavidad persistente; sin embargo, los resultados obtenidos por Schley en los casos simples son tales, que lo recomienda para todos los casos.

La aspiración debe hacerse algunos días después de la operación. Un tubo de drenaje núm. 35 á 40, se introduce en la pleura, á 6 ó 7 centímetros de profundidad, envuelto en gasa iodofórmica; se coloca encima un trozo de tela impermeable con un agujero, en que se fija el tubo sólidamente, y se mantiene aplicado á la pared torácica por unas bandas adhesivas; después se coloca algodón y un vendaje de cuerpo, á través del que se hace pasar el tubo; se pone éste en comunicación con un recipiente de vidrio que lleva adaptada una pera de Politzer.

Los enfermos pueden salir pronto del hospital, llevando su pera de cautchouc, que pueden vaciar y reemplazar á voluntad. La cura puede estar durante dos semanas sin reemplazarse.

Schley da al final una serie de ocho observaciones.

La aspiración fué establecida al segundo ó tercer día después de la operación. Los enfermos comenzaron á salir entre los quince y treinta y dos días. La curación completa fué muy rápida, y se alcanzó en un tiempo de cuarenta y cinco días, como término medio.

El empleo de este medio, concluye Schley, hará que sean muy raros los casos en que se empleen las operaciones de Estlander, Schede y Delorme.

DR. PALLARÉS

## Cirugía infantil.

**Absceso latero-faríngeo.** (*Province Médicale*, 24 Abril de 1909.)

El Dr. Nové Josserand refiere un caso de absceso latero-faríngeo en un niño de pocos meses de edad; y después de hacer atinadas consideraciones sobre la etiología y patogenia de estos abscesos, concluye diciendo que en la mayoría de los casos agudos, y cuando forman prominencia en la faringe, debe el cirujano atacarlos por esta vía. La abertura á través de la piel se reservará para los brotes secundarios y para los casos en que la antigüedad del absceso y su profundidad hicieran temer una lesión posible de los vasos.

Recordamos que este pasado invierno intervinimos nosotros un niño de pecho, en el que, sin causa apreciable, se presentó una tumoración en el lado derecho del cuello. A pesar de las fomentaciones calientes que le dispusimos, la adenitis, causa de dicha tumoración, hizo progresos, hasta el punto de comprometer seriamente la respiración é impedir la deglución.

Exteriormente no se notaba punto alguno con fluctuación evidente en el bloque ganglionar. Introduciendo el dedo por la boca, en el límite que alcanzaba con gran esfuerzo nuestro dedo índice, notamos un punto reblandecido. Como la situación apremiaba, á causa de la disnea, creímos de urgencia el evacuar la colección purulenta por vía faríngea. Guiados con el dedo y con un bisturí envuelto en gasa, excepto en la punta, pudimos, después de muchas intentonas infructuosas, abrir el absceso. Lamentamos no disponer en aquellos momentos de un bisturí acodado en la punta, que nos hubiera facilitado extraordinariamente la maniobra, que resultó incompleta, porque después de vaciarse el pus y de facilitar el descanso y la alimentación al niño durante unas horas, al día siguiente tuvimos que repetir la evacuación, por haberse ocluído la pequeña abertura que sin duda hicimos. Después el niño continuó mejorando hasta su completa curación.

El caso que refiere el Dr. Nové Josserand es el de un niño de tres meses de edad, que acababa de pasar la grippe y el sarampión, y en cuya cavidad bucal se apreciaban manchas de Muguet. Hacía quince días que se notaba dificultad en la deglución, sin ir acompañada de elevación de temperatura; después, su respiración se hizo más ruidosa de lo normal. Poco á poco, estos síntomas funcionales se fueron agravando; el niño tardaba una hora próximamente en tomar su biberón, y con frecuencia vomitaba la leche que acababa de tomar.

La respiración era difícil y ruidosa, sin que existieran verdaderas crisis de sofocación.

Examinado el cuello del enfermito, se apreciaba debajo del ángulo del maxilar un pequeño ganglio indurado. El tacto faríngeo acusaba sobre la pared lateral una tumefacción, del volumen de un huevo de pájaro, situada detrás de la amígdala, bien limitado por delante, atrás y arriba, pero que parecía prolongarse por debajo. La consistencia era dura, firme, en toda la extensión del tumor.

En estas condiciones no precisaba una intervención urgente, y se optó por la observación.

Tres días después, el tumor no se había reblandecido, como suelen hacerlo los abscesos latero-faríngeos. Daba la sensación de una colección bastante extensa, bridada por una capa fibrosa bastante densa para mantenerle aplanado, y que hacía oscura la fluctuación. Del lado de la región submaxilar no había síntomas nuevos que apreciar. Los trastornos funcionales se agravaron; la disnea había aumentado considerablemente, y la deglución no era posible. La intervención quirúrgica se imponía por lo mismo.

Después de colocar la cabeza del niño en posición de Rose, y poniendo el dedo índice sobre la tumoración en su parte más prominente, con la extremidad embotada de un dilatador de Tripier se puncionó la pared interna de la colección, y abriendo las ramas del instrumento, se desgarró ampliamente la pared del absceso. Una cucharada grande de un pus espeso y verdoso salió por la boca; la hemorragia escasa cesó transcurridos breves minutos, y el enfermito, sin accidente digno de mención, curó.

Esta terapéutica sencilla da comúnmente los mejores resultados, y á demostrar sus ventajas el autor consagra una lección clínica interesante. Mientras que los clásicos declaran que la incisión cervical debe ser el tratamiento de elección de los abscesos latero-faríngeos, M. Nové-Josseraud, por el contrario, sostiene que es preferible en la mayoría de los casos la abertura por la faringe, reservando la intervención por vía cervical á casos particulares, bastante rasos por cierto.

Si bien estamos conformes con estas apreciaciones del autor, en cuanto se relacionan con el camino que se debe seguir para la dilatación de estos abscesos, frecuentes en los niños, creemos oportuno hacer una advertencia que sólo atañe el instrumento usado para el desbridamiento por el Dr. Nové-Josseraud; ni el dilatador de Tripier se halla á la mano de todos los médicos, ni la urgencia de los casos permite largo plazo para podérsele proporcionar, ni su aplicación es tan eficaz como la del bisturí. Es más: creemos ha de ser más difícil su empleo y más expuesto á lesiones graves, por lo

mismo que, siendo roma la punta del dilatador, como construído sólo con el fin de dilatar trayectos fistulosos, ha de ser necesario emplear una gran presión, para introducirla á través de la mucosa y demás tejidos que rodean el absceso.

Recordaremos siempre el interés verdaderamente práctico que nuestro profesor y querido maestro, el Dr. Creus, desplegaba en demostrar á sus alumnos, que con los instrumentos más sencillos y primitivos podían llevarse á cabo las más grandes operaciones. El tener un instrumental rico y abundante, queda para los centros docentes y cirujanos que ejercen en las grandes poblaciones. El médico de partido no suele contar con los elementos necesarios para llenar varias vitrinas de instrumentos, ni lo necesita.

Con asepsia rigurosa, conocimientos anatómicos y quirúrgicos y serenidad de ánimo, puede el médico de partido, ayudado de algunos instrumentos, acometer empresas quirúrgicas que cimenten su reputación y satisfagan cumplidamente las necesidades de la práctica profesional.

DR. PABLO LOZANO

---

## Ginecología.

**Dos casos de prolapso genital en vírgenes, tratados por la obliteración del fondo peritoneal de Douglas,** por G. Marion. (Comunicación leída en la Sociedad de Cirugía de París, 1908.)

En ambos casos se trataba de jóvenes de diez y nueve años, vírgenes, que sufrían un prolapso de la pared posterior de la vagina que hacía eminencia á través del himen y ocasionado por un esfuerzo. El útero se hallaba en retroversión y el periné estaba sano.

Pensando Marion que este prolapso dependía de un desarrollo anormal del fondo de Douglas, en el cual se había verificado una verdadera hernia, juzgó lo más acertado suprimir dicho fondo peritoneal. Para ello practicó la laparotomía, y pasó sucesivamente de abajo arriba cuatro puntos de sutura en jareta bajo la serosa del fondo de Douglas, que, una vez apretados, adosaban la pared posterior de la vagina y del cuello uterino á la anterior del recto: de este modo recobró el útero su posición en anteversión normal, que aseguró después por el acortamiento en pliegue de los ligamentos redondos. El resultado completo se mantiene después de cuatro años en la primera operada; en la segunda, no se puede aún juzgar, por ser reciente la fecha de la operación. Como manifestó J. L. Faure en aquella sesión, el procedimiento, aunque original y útil para evitar

el descenso de asas intestinales hacia el periné, y la especie de hernia que es su consecuencia, parece demasiado grave y desproporcionado para las lesiones que trata de corregir; y en estos casos quizá se hubiera obtenido el mismo resultado con una colporrafia porterior. Sólo podrá estar justificado en aquellos casos en que por la importancia de las lesiones esté indicada una laparotomía, viniendo entonces á completar las diversas operaciones que se practican sobre los anejos y el mismo acortamiento de los ligamentos redondos.

---

**Los resultados del tratamiento moderno de la placenta previa,** por W. Hannes, de Breslau. (*Zentrall. f. Gyn*, 1909, núm. 3.)

El autor, en oposición á Sellheim y Krönig, defiende la hystereurysis, ó aplicación de los globos dilatadores, para el tratamiento de la placenta previa, ilustrando este asunto con el material de la clínica y policlínica de Breslau, consistente en 246 casos. De 143 enfermas tratadas por la hystereurysis, sólo murieron 8, ó sea el 5,5 por 100, que es la menor mortalidad que se recuerda hasta el presente, pues el mismo método de Braxton Hicks da un 6,3 por 100. Por otra parte, la mortalidad por septicemia fué de 1,8 por 100, aunque Hofmeier cree que debe estimarse, aun ahora, en 2,2 por 100 en los casos de placenta previa. Eliminando los casos en que al comenzar el tratamiento los niños no eran viables, ó habían muerto, ó su vida estaba seriamente amenazada, los resultados en los deinás fueron los siguientes:

| TRATAMIENTO | Casos. | Niños que nacieron vivos. |
|---|---|---|
| Hystereurysis | 86 | 60 |
| Rotura de las membranas | 17 | 17 |
| Forceps | 4 | 2 |
| Versión y extracción | 25 | 20 |
| Colpeurisis | 15 | 3 |
| | 147 | 102 |

En total, 70 por 100 de niños vivos.

En otros trabajos especiales sobre el mismo asunto, el profesor Martín condena la actitud de los profesores Krönig y Sellheim como partidarios de la operación cesárea suprasinfisaria en el tratamiento de la placenta previa; y Zimmermann está de acuerdo con Hannes,

excepto en que él no rompe las membranas antes de introducir el metreurynter, ó globo dilatador. Hace siete años, Zimmermann estableció que el tratamiento de la placenta previa por metreurysis daba una mortalidad de 23,7 por 100 para los niños, y sólo de 3,3 por 100 para las madres. En los últimos seis años ha tratado 28 casos, todos en el octavo y noveno mes de embarazo, con niños vivos y membranas íntegras. Todos los niños nacieron vivos, y ninguna de las madres tuvo el menor trastorno.

Vese, pues, que en Alemania no todos los profesores aceptan los modernos procedimientos quirúrgicos para provocar el parto en los casos de placenta previa, á pesar de disponer de grandes clínicas destinadas á la enseñanza, donde pueden hacerse mejor los estudios comparativos. Ya en números anteriores hemos expuesto el juicio que nos merecían la cesárea suprasinfisaria y la colpo-histerotomía en el tratamiento de la placenta previa, juicio que, al parecer, concuerda con el de profesores eminentes del extranjero.

---

**Apendicitis y embarazo,** por Halban. (*Wiener Klinische Wochenschrift*, núm. 47.)

Con motivo de dos casos en que el autor ha tenido que intervenir, se ocupa de las relaciones entre la apendicitis y el embarazo, que es cuestión de gran interés desde el punto de vista terapéutico.

El embarazo es para la apendicitis una complicación, pues rompe las adherencias, abre los abcesos feri-apendiculares, y al llegar el parto, éste es con frecuencia causa de la muerte. En cambio, la apendicitis da lugar al aborto (59 por 100, según Bouillier), por lo cual todos los que se han ocupado de este asunto aconsejan la apendicectomía inmediata en las formas agudas. En los casos de absceso, incindirlo; si hace prominencia en el fondo de Douglas, abrirlo por el recto. Los casos crónicos sin fiebre pueden esperar.

El punto capital es el que se refiere á la conducta que es preciso adoptar con respecto al embarazo. Para Halban, en los casos agudos y aunque hay observaciones de mujeres que, á pesar de sufrir una apendicitis, han llevado su embarazo á término, como el aborto expontáneo ó la muerte del feto son la regla, el mejor tratamiento deberá ser la evacuación inmediata del útero (extracción con el dedo al principio, dilatación y desbridamiento más tarde, ó cesárea vaginal extraperitoneal si la edad del feto lo exige), practicando en seguida la apendicectomía; pues la coexistencia de la apendicitis y el embarazo crea un grave peligro para la madre. En los casos crónicos ó subagudos sin peritonitis, varía la cuestión: al principio

del embarazo se extirpará el apéndice, y aquél seguirá su curso; al final de dicho estado se podrá, desde luego, provocar el parto, porque una laparotomía sería difícil.

---

**Tuberculosis de los órganos genitales femeninos,** por Simonds. (*Archiv. f. Gyn.* T. 88.)

El examen practicado *post-mortem* en 6.000 casos, arroja los resultados siguientes: la tuberculosis de los órganos genitales femeninos se encuentra en el 1,5 de todos los casos; es más frecuente entre los veinte y los treinta años. En 87 por 100 de los casos de tuberculosis estaban afectadas las trompas; en 76 por 100 el útero. El bacilo tuberculoso pasa de la sangre á la superficie de la membrana mucosa, y causa una mortificación superficial del epitelio ó la formación de nódulos. El primer proceso se encuentra de preferencia en el útero; el segundo, en las trompas. Cuando las trompas están afectadas, hay un primer estado, en el cual el bacilo tuberculoso se encuentra en la secreción, pero no hay cambios en las paredes. En comprobación de la forma hematógena, se recuerdan casos en los que la tuberculosis del peritoneo se extendió á las trompas. La tuberculosis primitiva de los órganos genitales por infección vaginal es extraordinariamente rara. Su origen más frecuente es en la trompa, y de allí se infectan el útero y el peritoneo. El embarazo puede tener lugar y evolucionar aún con una tuberculosis extensa, pero el parto prematuro ocurre con frecuencia.

Dr. Gutiérrez

## Medicina del aparato digestivo.

**Estudios experimentales de la cura por el bismuto en las enfermedades del estómago,** por H. Surmont y A. Dubus. (*Archives des Maladies de l'Appareil Digestif et de la Nutrition.*)

La cura por el bismuto consiste en introducir de una vez en el estómago, sea con ayuda de la sonda, sea por ingestión directa, en un poco de agua ó de leche, una gran dosis de dicho medicamento, por ejemplo, 20 gramos.

La cura por el subnitrato de bismuto se emplea de una manera corriente hace mucho tiempo, por cierto número de médicos, y particularmente en Francia desde los trabajos del profesor Hayem (1895). Su uso empieza ahora á esparcirse en el gran público médico.

Todos los médicos que tienen la costumbre de hacer quimismo

gástrico, saben que en las comidas de prueba de los hiperclorhídricos se nota, entre otros caracteres físicos, la ausencia aparente de moco. De aquí la ausencia de viscosidad y la rapidez de filtración. Se ha pensado, desde hace largo tiempo, que la ausencia de moco debía ser considerada como una causa importante en la producción de cierto número de síntomas y complicaciones de la hiperclorhidria, como los dolores y la úlcera del estómago.

La mucosa curada por el bismuto se ha visto siempre fuertemente cubierta de moco, ofreciendo un aspecto barnizado y una viscosidad acentuada.

Recurriendo á la histología, se han encontrado los reactivos y la demostración evidente de la hipersecreción mucosa producida en el estómago por la acción del subnitrato de bismuto.

Entre los diversos reactivos de la mucina se han encontrado particularmente la hematoxilina de Delafield y la mucina-carmín facilitada por el profesor Curtis.

La mucina-carmín puede considerarse como el reactivo específico del moco, que lo colora de rosa con mayor ó menor intensidad, y ha dado resultados muy constantes y siempre comparables entre sí.

La tionina, que es frecuentemente indicada como reactivo de la mucina, ha dado, lo mismo que el azul de metileno, resultados diferentes. Bajo su acción se coloraban electivamente los fondos de saco pilóricos: las células mucosas del epitelio superficial no daban la reacción del moco. La diferencia de constitución química de los diversos mocos explica estos resultados, en apariencia discordantes, pero bien conocidos de los observadores que han estudiado especialmente las secreciones mucosas.

El exámen físico y las experiencias químicas resultan en favor del aumento de la secreción mucosa del estómago bajo la influencia de la cura por el subnitrato de bismuto. El aspecto de la mucosa es característico: el moco mezclado con el bismuto cubre todo el estómago, formando una capa brillante barnizada, particularmente abundante al nivel del píloro, y prolongándose bastante en el intestino.

El examen histológico, y particularmente el examen practicado una hora después de la ingestión del bismuto, no dejan duda, no solamente sobre la realidad, sino también sobre la importancia de la hipersecreción mucosa.

Después del subnitrato de bismuto es el carbón granulado el que ha dado la secreción mucosa más intensa.

En suma: el subnitrato de bismuto no obra más que de una manera indirecta en las diversas afecciones gástricas. No hace más que provocar la actividad del proceso normal de defensa de la mu-

cosa gástrica, la secreción de moco; y se puede afirmar á la hora presente, que lo que protege la mucosa estomacal contra la autodigestión, es el moco.

Todas las experiencias convergen á demostrar que el subnitrato de bismuto determina una exitación funcional considerable de las glándulas de moco que están todavía en estado de segregar. Así se explica que tenga una acción marcada, principalmente en los estados gástricos en que la secreción mucosa es deficiente, es decir, en la hiperclorhidria y la úlcera.

DR. LÓPEZ CAMPELLO

## Medicina interna.

**La respiración de Cheyne-Stokes, bajo el punto de vista diagnóstico,** por Thomayer. (*Revue de Médicine Théque. fasc. 2.*)

Hay dos tipos de respiración de Cheyne-Stokes, bajo el punto de vista patogénico: uno que dura mucho tiempo, años á veces, que se alivia ó desaparece momentáneamente con una inyección de morfina; otro que precede á la muerte uno ó dos días (como en los casos de hemorragias cerebrales), y que se agrava con la misma inyección. Un caso del primer género ha sido observado en la clínica del autor. Este enfermo presenta los síntomas de arterio-esclerosis, con dilatación del corazón izquierdo, algunas ligeras parexias musculares y un estado de somnolencia prolongada cercana al coma.

Posteriormente ha visto otros dos casos que presentaban un cuadro sintomático muy parecido al primero. La autopsia del primer caso demostró encefalomacias múltiples en diversas regiones del cerebro. El autor cree, por consiguiente, que los síntomas de arterioesclerosis, de somnolencia próxima al coma y respiración Cheyne-Stokes, permiten diagnosticar la existencia de focos de reblandecimiento múltiples en el cerebro.

---

**Los fermentos metálicos y la expectación armada en el tratamiento de la pneumonía,** por el Dr. D. José Codina Castellví. (*Revista de Medicina y Cirugía prácticas*: 28 de Enero y 7 de Febrero de 1909.)

De este concienzudo y bien escrito trabajo, debido á la pluma de uno de nuestros más distinguidos y honrados clínicos actuales, copiamos las siguientes conclusiones que se desprenden del estudio minucioso, detallado y sagaz de doce enfermos, de los cuales seis

fueron tratados con las inyecciones de fermento metálicos, y los otros seis por medio de la expectación armada.

1.ª La *crisis* se obtuvo, por término medio, en los pneumónicos tratados con la expectación armada, un día antes que en los enfermos tratados con los fermentos metálicos.

2.ª Los fermentos metálicos ejercen dos acciones: una *inmediata*, que se desarrolla en las doce horas subsiguientes á la inyección, y otra secundaria, que se manifiesta en los días subsiguientes.

3.ª La *acción inmediata* consiste en una elevación térmica progresivamente ascendente, que en algunos casos es superior á un grado, hasta las siete horas de la inyección, en cuyo momento comienza á descender hasta alcanzar la cifra primitiva, á las doce horas de la intervención terapéutica.

4.ª La *acción secundaria* consiste en un descenso térmico, poco acentuado en los primeros días de pneumonía y muy marcado en los últimos, con tendencia evidente á que la curva térmica termine en *lisis* y no en *crisis*.

5.ª La *crisis* urinaria se ha observado en mayor número de casos y más próxima á la dsfervescencia definitiva, con la expectación armada que con los fermentos metálicos.

6.ª La *albuminuria* no se observó en los pneumónicos tratado por la expectación armada, y en los pneumónicos tratados por lo fermentos metálicos, se manifestó en él el 66,33 por 100, sin que des apareciera la albúmina de la orina antes de la muerte ó antes de l convalecencia, á pesar de la administración de los fermentos.

7.ª Las *reacciones urinarias* de Ehrlich fueron casi iguales e los pneumónicos de ambos grupos y de las cuatro clases de reacció a que casi siempre fué positiva y persistió siéndolo algunos dí ldespués de la crisis, fué la aldehídica secundaria.

8.ª El *dedal* de urea no fué objeto de investigación comparativ En los casos en que se buscó fué inconstante, y cuando se encontr fué en el día de la crisis ó al día siguiente.

9.ª En la eliminación del *indican* no hubo sensibles diferenci entre los pneumónicos de un grupo y los del otro.

10. No se observó ninguna influencia especial de los ferment metálicos sobre los fenómenos locales dependientes del proceso an tomo-patológico desarrollado en el pulmón.

11. El número de enfermos con *complicaciones*, el número complicaciones, los períodos en que éstas se han desarrollado y gravedad de las mismas, ha sido mucho mayor en el grupo trata con los fermentos metálicos que en el que fué tratado por la exp tación armada.

12. La *mortalidad*, en los pneumónicos tratados con los ferm

tos metálicos, ha sido doble de la mortalidad de los pneumónicos tratados con la expectación armada.

13. La brevedad y rapidez de la *convalecencia* ha sido mucho mayor y más frecuente en los tratados por la expectación armada que en los tratados por los fermentos metálicos.

---

**La auto-sueroterapia en la pleuresía suro-fibrinosa**, por Schnuigea. (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 18 Januar 1909.)

Este señor ha experimentado de nuevo el procedimiento de Gilbert, Tad y otros, en 15 casos de pleuresía, tuberculosos y no tuberculosos, obteniendo en la mayoría la desaparición del exudado pleurítico. En algunos enfermos ha bastado una sola inyección; en otros ha sido preciso hacer seis inyecciones, repetidas todos los días ó cada dos ó tres días, según la gravedad. En todos los casos se practicó examen Röntgen, antes y después del tratamiento, observándose en la mayoría la desaparición de la sombra producida por el exudado.

El autor aconseja hacer la aspiración con la jeringuilla del exudado de la pleura y después retirar poco á poco la jeringuilla, y sin sacarla del todo, vaciar su contenido en el tejido celular subcutáneo. Se evita así una doble picadura en la piel del enfermo, obteniendo los mismos resultados.

---

**Sobre la contagiosidad y el tratamiento de la coqueluche**, por Muller. (*Therapeutique Monatsheft*, Janvier 1909.)

En contra de la opinión de Czerny, este médico cree que lo que domina la escena en la coqueluche es la infección microbiana y no el neurosismo. Los accesos de tos convulsiva son lo característico de la enfermedad, sea ó no neurópata el enfermo, y la inmunidad adquirida es de las más absolutas. Combate el autor las opiniones de Czerny sobre la no contagiosidad del mal, atribuyéndolo á la duración considerable del período de incubación (á veces cuatro y cinco semanas), y al hecho de que ciertos niños han podido sufrir la infección, en forma leve, en las edades tempranas de la vida. El tratamiento medicamentoso de la coqueluche es de una ineficacia desesperante. Los resultados que se registran á favor de tal ó cual medicamento, obedecen á errores de diagnóstico, confundiendo la enfermedad con los accesos de tos de las adenopatías bronquiales y las crisis convulsivas post-gripales. Los narcóticos son todos tan inúti-

les como peligrosos. El aceite de hígado de bacalao, á grandes dosis (20 c. c. tres veces al día), parece ser, junto con la vida al aire libre, la única terapéutica eficaz.

---

**El corazón en la escarlatina y en la difteria** por S. Broadbent. (*The Bratitioner*, Janvier 1909.)

En la escarlatina, fuera de las endocarditis y pericarditis, las complicaciones cardíacas no tienen un pronóstico grave de momento; es decir, que los enfermos no corren el peligro de un síncope ó de una muerte súbita. Todo lo contrario ocurre en la difteria, en donde la taquicardia, la aproximación de los dos tonos cardíacos, la debilidad del primer ruido y el ruido de galope, constituyen signos de la más alta gravedad. La irregularidad del pulso, las intermitencias, la bradicardia, son también un signo pronóstico de los más graves. Se impone, por consiguiente, en la difteria, un cuidadoso examen diario del corazón en todos los enfermos, aun en los casos más benignos, y recomendar el reposo prolongado en cama y una alimentación severamente reglamentada. En caso de desfallecimiento cardíaco, el alcohol y la estricnina parecen ser los mejores estimulantes del corazón. La digital en estos enfermos es de una utilidad dudosa, si no es directamente perjudicial.

---

**De la insuficiencia cardíaca**, por Leonard Williams. (*The Lancet*, February 6, 1909.)

En este trabajo, el Sr. Williams llama la atención sobre ciertos signos y síntomas que se presentan al principio del desfallecimiento cardíaco, tales como la disnea, las palpitaciones, la taquicardia y ligeros edemas. Este último síntoma puede ser debido á la ingestión de excesiva cantidad de sal común. En estado sano, cualquier exceso en la cantidad de sal es inmediatamente eliminado por la orina; pero en ciertas condiciones patológicas, los cloruros se acumulan en la sangre, pasan á los espacios linfáticos, donde, apropiándose de suficiente cantidad de agua, dan lugar á una solución isotónica con el plasma de la sangre. Por consiguiente, se impone en el tratamiento la restricción del consumo de la sal. Cinco gramos, todo lo más, es lo que debe tomarse en veinticuatro horas. Lo primero que debemos determinar es si el origen de la hipostasia está en el mismo corazón ó en las arterias, ó sea cuando el corazón trabaja contra un

obstáculo periférico. En este último caso, debemos hacer desaparecer las toxinas vaso-constrictoras acumuladas en la sangre por medio de la dietética, y las medidas higiénicas, que producen mejores resultados que cualquier medicamento. Si la causa radica primitivamente en el corazón, el reposo en cama, los tónicos cardíacos y diuréticos es lo indicado. En ambos casos, es muy importante mantener alrededor del enfermo la tranquilidad y la calma del espíritu.

---

**La insuficiencia tricuspídea y sus síntomas**, por Tabora. (*Deutsche Medisinische Wochenschrift*. 24 November 1908.)

El único signo cierto de insuficiencia de la tricúspide, es el pulso venoso auricular, hepático, y eventualmente el yugular. Es imposible durante la vida diferenciar la insuficiencia tricuspídea orgánica de la funcional. La insuficiencia tricuspídea que sobreviene en el curso de las afecciones mitrales, persiste en la mayoría de los casos. Sin embargo, dicha lesión puede ser tolerada durante largos años sin grandes desórdenes funcionales. Existen insuficiencias tricuspídeas funcionales que pueden ser consideradas como el primer signo de debilitación de la fuerza del corazón.

---

**Fiebre tifoidea y paratifus**, por Valobsra. (Il Morgagni: *Archives Générales de Médecine*. Enero, 1901.)

Conclusiones.—1.ª La fiebre tifoidea, considerada como un complexo sintomático, no presenta diferencias clínicas apreciables, según sea el bacilo Eberth, los paratifus (A ó B) ó el bacterium coli el agente productor.

2.ª El diagnóstico diferencial no tiene más valor que el bacteriológico, y no puede hacerse sino por la busca directa del parásito en la sangre de los enfermos, sin lo cual los trabajos sero-diagnósticos son absolutamente insuficientes.

3.ª Aun cuando la aglutinación muestra las estrechas analogías que existen entre estos tres parásitos, desde el punto de vista bacteriológico, se les debe considerar como tres gérmenes perfectamente distintos.

4.ª Por lo que hace referencia á la higiene y profilaxia, es importante saber que el vehículo de transmisión de los paratifus está constituído por las carnes de vaca principalmente.

Dr. A. Mut

**Origine des echymoses sous-pleurales dans l'intoxication par la strophantine,** por G. Corin. (Académie R. de Médecine de Belgique, sesión del 26 de Septiembre 1908.)

La opinión de Tardieu, que consideraba las equimosis sub-pleurales de una gran importancia diagnóstica en las asfixias agudas, y especialmente en la muerte por sofocación, es hoy combatida por gran número de médicos-legistas (1), especialmente desde los trabajos de G. Corin; hoy se admite que se las puede encontrar en la mayor parte de las asfixias, cualquiera que sea su origen, y además en género de muerte, que, á primera vista por lo menos, no tienen nada que ver con la asfixia propiamente dicha: en la muerte por hemorragia, por conmoción cerebral ó por compresión cerebral, en envenamientos por venenos convulsivantes, en las convulsiones, cualquiera que sea su origen, etc.

Gabriel Corin, sin desechar el mecanismo de la ventosa para explicar la génesis de las equimosis sub-pleurales, explica su formación en estas clases de muerte por un aumento de la presión sanguínea en el sistema vascular pulmonar, y la suspensión más ó menos completa de los movimientos respiratorios. En opinión de Corin, el aumento de presión en la arteria pulmonar era debido, al menos en parte, á la falta de movimiento de vaivén de los pulmones, ó por lo menos á su insuficiencia; las variaciones de presión intratorácica que este movimiento determina, estando muy reducidas en la asfixia y en todos los géneros de muerte caracterizados por equimosis sub-pleurales, se produce fatalmente un aumento de presión en el sistema vascular pulmonar, y todo de una manera mecánica, sin necesidad de otros factores: excitación del centro vasomotor, refuerzo de la energía de las pulsaciones, etc.

Schulz, alumno de Strassmann, estudiando en conejos el envenenamiento por la estrofantina, observó la presencia de equimosis sub-pleurales, y concluyó que en estos casos no se podían explicar, admitiendo con Corin un aumento de la presión, debido á la inmovilización del tórax. ¿Cómo un veneno que tiene reputación de ser un veneno del corazón, puede determinar lesiones que atribuímos á un aumento de la presión sanguínea? Schulz observó que, si se

(1) Según Angelo De Dominicis, que ha hecho estudios experimentales en perros de pocos días, la ausencia de equimosis sub-pleurales no autoriza á excluir la sofocación, como su presencia tampoco da la certeza de ésta; pueden servir únicamente como juicio de probabilidad. Numerosas equimosis sub-pleurales en el recién nacido pueden servirnos para inclinarnos á excluir ciertos géneros de muerte, v. gr., la sumersión. (Lecha-Marzo: Notas de Med. leg., *Protocolo Médico-Forense*, Octubre 1907.)

inyecta el veneno á dosis suficiente, después de un aumento de presión insignificante en la carótida, la presión cae rápidamente á cero, mientras que la respiración persiste algunos instantes; sin embargo, la respiración disminuye ya en un momento en que el corazón funciona aún de una manera relativamente regular. El mismo Schulz, intoxicando á otros conejos con la estrofantina y practicando sin interrupción la respiración artificial, observa también las equimosis sub-pleurales.

Pero Gabriel Corin nos demuestra, de modo muy brillante, que estas contradicciones no resisten á un análisis experimental detenido, y que son sólo aparentes. En los animales intoxicados por la estrofantina se observa intensa anemia pulmonar, al mismo tiempo que repleción pasiva del corazón derecho. Ahora bien; practicando una circulación pulmonar artificial, cuyo derrame es evaluado por gotas en segundos, Corin observó, bajo la influencia de la inyección de estrofantina, una disminución brusca y considerable de este derrame, demostrando la producción de una vaso-constricción intensa en el territorio de la arteria pulmonar; este fenómeno, que determina un obstáculo á la impulsión del corazón derecho, explica la dilatación de aquél y provoca un aumento de presión pulmonar real, que no se revela en la circulación general; por consiguiente, en la intoxicación por la estrofantina, como en los otros casos, las equimosis sub-pleurales reconocen como causa un aumento de la presión en el sistema arterial pulmonar, pero este aumento de presión es debido, antes de todo, á una vaso-constricción de los vasos pulmonares.

---

**Strangulation ou prise énergique du cou?**, por el prof. Strassmann. (*Vierteljs. f. ger. Med.*, 1908, XXII.) — **Sur la mort subite des nourrissons**, por el profesor Strassmann. (*Aerztliche Sachverst. Zeit*, 1908, núm. 19. Notas de Stockis en *Ann. de la Soc. de Med. leg. de Belgique*, 1909.)

Strassmann refiere un caso interesante, en el que se presentó la cuestión de saber si la muerte resultaba de una verdadera estrangulación ó de una presión brusca y enérgica del cuello que provocara una inhibición refleja, ya sobre el corazón, ya sobre la respiración.

El autor nos da, de cada una de estas posibilidades, una interesante discusión, basándose sobre los datos objetivos de este caso particular, sin que ninguna conclusión precisa sea posible.

En su segundo trabajo, el sabio maestro berlinés presenta una estadística de 44 autopsias hechas en 1906, de niños muertos súbitamente en el curso del primer año; en la mayor parte de los casos,

Strassmann pudo encontrar lesiones anatomo-patológicas suficientes para explicar la muerte, generalmente las lesiones de los broncopneumonía ó del catarro gastro-intestinal.

---

**El reconocimiento médico-legal del esperma por el método de Corin-Stockis**, por Th. Rehberg. (*Aerztl. Sachvert. Zeitung*, 1908, núm. 7.)

Después de haberse convencido de las dificultades que presenta en ocasiones el reconocimiento de las manchas espermáticas, poniendo en práctica los distintos procedimientos propuestos por los autores, Rehberg, en el laboratorio de Strassmann, ha ensayado el procedimiento que Corín y Stockis dieron á conocer recientemente en la Sociedad de Medicina legal de Bélgica (1908), y que nosotros resumimos en la *Gaceta Médica del Sur de España*. Ha obtenido los mismos resultados que Corin y Stockis, rápidos y concluyentes; con manchas de treinta y un años de antigüedad, en las que los otros procedimientos fracasaban, la coloración á la eritrosina amoniacal demostraba varios espermatozoides en cada preparación. Rehberg confirma que «el método de Corin-Stockis colorea las cabezas y las colas, las hace resaltar sobre el tejido y los elementos extraños, los caracteriza, por poco numerosos que sean. Además, no se utilizan más que porciones pequeñísimas de la mancha; no se expone á los espermatozoides á la destrucción, como en los métodos por raspado ó expresión; es muy sencillo y muy rápido». Confirma también la facilidad de su aplicación á la tinción en masa de las manchas en tejidos blancos.

---

**Les signes de la mort**, por Eug. Stockis. (*Revue de Médecine légale*, dirigida por el Dr. E. Dabout. Febrero de 1909.)

Entre los signos que pasa revista el profesor Stockis en este artículo, tres merecen principalmente la atención:

1.° El signo de Icard, basado en la suspensión de la circulación y apreciado por la inyección subcutánea de fluoresceína.

2.° El signo de D'Halluin, del mismo fundamento, y que se obtiene instilando éter ó dionina en el ojo.

3.° El nuevo signo de Icard, basado en la putrefacción inicial, consistente en el ennegrecimiento de un papel sumergido en una solución de acetato de plomo, y colocado en las fosas nasales del cadáver.

El primero es el verdadero signo precoz que debe emplear el médico, en caso de duda, sobre la realidad de la muerte; el segun-

do es un procedimiento rápido, de urgencia, que debe utilizarse casos de muerte aparente, y que puede desmostrar, por la ause de reacción, la inutilidad de maniobras terapéuticas ulteriores tercero es el signo vulgar, que debe recomendarse al público en sencia del médico, cuando han pasado varias horas después de la puesta muerte. Este «signo vulgar» nos tranquiliza ante el pel de una inhumación prematura. Stockis nos hace el honor de c las observaciones de reacción sulfhídrica que nosotros hemos c nido en el vivo, rarísimas, las únicas hasta hoy en la literatur opina con nosotros que no quitan valor al nuevo signo de Icard

ANTONIO LECHA-MARZO,
Del Laboratorio de Medicina legal d
Facultad de Valladolid.

## Vías urinarias.

**Estrechez blenorrágica de la uretra: cateterismo: hipertermia tal: autopsia,** por el Dr. Troisfontaines. (*Ann. des mal. des organ. genito-urin* París, Febrero 1909.)

V. H., de cuarenta y tres años de edad, mediana constitu fué tratado, del 15 de Abril al 16 de Mayo de 1908, de una estre uretral por dilatación progresiva. Cuando llegaban al númer abandonó la clínica, creyéndose casi curado.

El 2 de Enero del corriente año preséntase de nuevo, habi perdido el buen resultado obtenido: cistitis poco intensa, sin lesi viscerales aparentes.

Después de lavado de uretra anterior, se le introdujo fácilm una bujía filiforme, que se dejó permanente, permitiendo, con costumbre, el paso de la orina, y sin que el paciente acusara guna sensación particular.

Cinco horas después de la permanencia de la bujía, experim violento escalofrío; retírase la bujía. El termómetro marca, n hora después del acceso, 41°,5′; dos horas después, 39°, y á la m na siguiente, 36°,6′; micción sin grandes esfuerzos; estado gen satisfactorio. El enfermo sigue en cama en observación.

El día 4, la situación es normal; las funciones digestivas nada especial de vías urinarias. Al día siguiente, y no existí contraindicación, pasa el jefe de clínica una bujía semirígida deja fija; la orina sale bien, y el enfermo come una hora más con excelente apetito; tres horas después se produce violento lofrío, y la temperatura asciende á 42°,6′; por fin, á las cinco l sucumbe el enfermo después de ligero delirio.

Hecha la autopsia, he aquí las lesiones de aparato urinario: á siete centímetros del meato, en la pared derecha, una erosión oblicua de cinco milímetros de longitud, muy poco penetrante en el tejido submucoso; en la pared izquierda, lesión idéntica inmediatamente por delante del punto estrechado; ninguna de estas erosiones son positivas falsas vías; no hay tunelización.

De las investigaciones hechas resulta que únicamente el bazo, muy reblandecido, había sufrido la influencia de la infección sobreaguda, causa de la hipertermia excesiva.

Esta observación demuestra cómo los menores traumatismos son, á veces, punto de partida de accidentes mortales.

DR. CARLOS NEGRETE

# TRABAJOS DE LABORATORIO

## Y SUS APLICACIONES CLÍNICAS

**Combinación de sustancias que excita los movimientos amiboideos de los leucocitos, mediante la cual pueden diferenciarse los leucocitos vivos de los muertos,** por el Dr. Ross. (*The Lancet*, pág. 152, vol. I, 1909. Traducción directa por López Durán, del Laboratorio para estudio del cáncer del Instituto Rubio (1).

Desde 1905 me ocupo en investigaciones referentes á la vida de los leucocitos después de extraídos de la economía. Mi intento ha sido establecer un método para apreciar la duración de su vida con el objeto de hacer medidas comparativas cuando estas células se colocan en el plasma de diferentes personas. Mi propósito es demostrar, por una parte, el efecto que produce en la vida de un leucocito de una persona sana el plasma de otra persona que padece una enfermedad infectiva; y por otro lado, el efecto de este mismo plasma en la vida de los leucocitos de otra persona que sufre la misma enfermedad.

Lo primero que necesitaba era poder distinguir los leucocitos vivos de los muertos, y para hacer esto llevé á cabo algunas investiga-

(1) Bajo la dirección del Dr. Cervera, director del Laboratorio para estudio del cáncer del Instituto Rubio, se están repitiendo en dicho Laboratorio las experiencias á que se refiere el Dr. Ross en este artículo y en otros que aparecerán á continuación; pero teniendo en cuenta el largo tiempo que exigen estos trabajos y lo interesante del asunto, se ha considerado conveniente divulgarlos, sin esperar el resultado de nuestra labor.

ciones acerca de su citología, que han sido publicadas recientemente en el *Journal of Physiology*. Estas experiencias consistieron principalmente en el examen de las células de la sangre, colocadas en agar, el cual contenía, además de citrato y cloruro de sodio, el colorante de Unna, y la principal conclusión fué la de que el citoplasma de los leucocitos vivos tiene una consistencia semejante á la gelatina, que se liquida al morir, y que la difusión de la materia colorante en las células vivas es favorecida por el calor y los álcalis, y disminuída por las sales neutras.

Durante estos experimentos fué necesario agregar diferentes sustancias al agar, así como también comprobar sus efectos en las células. En una ocasión, hace dos años, se agregó al agar coloreado sulfato de atropina para matar los leucocitos y poder comparar el aspecto de éstos con el de los leucocitos vivos. Sin embargo, en vez de matarlos, se encontró que la atropina los estimulaba, y se observó que este estimulante era tan persistente, que podía constituir un método para diferenciar los leucocitos vivos de los muertos, por medio del cual podía hacerse la requerida medición de la vida de los leucocitos.

En este artículo se describen, más adelante, investigaciones ca de la excitación de los movimientos amiboideos, en el curso cuales se descubrió que dicha excitación era debida á una ación de sulfato de atropina y azul de metileno, con tal que y cloruro de sodio estuviesen presentes, y siempre que la se examinada por un método de coloración que incluyese de los factores ya mencionados, calor y álcalis, que fa- sión de las sustancias dentro de las células.

*amen.*—La sangre que se va á examinar se toma de do, se coloca inmediatamente que brote en un cu- vierte sobre una capa de agar que contiene en , y la cual ha sido previamente extendida sobre

*stitugentes al agar.*—Se ha encontrado que del agar produce el máximum de excita- ión de agar al 2 por 100 en agua filtrada, un c. c. de azul de metileno policromo nte ha sido diluído en dos volúmenes nte en tres de agar; y dos c. c. de 100 de citrato de sodio; 1,5 por 100 100 de sulfato de atropina (todos ntes de que la atropina se aña- uidadosamente neutralizada ' papel de tornasol.

***Procedimiento que da lugar á la difusión del estimulante dentro de las células.***—En anteriores publicaciones hemos demostrado que el citoplasma de los leucocitos es una gelatina que se liquida con la muerte de éstos, y que la difusión de la materia colorante en el citoplasma está favorecida por el calor y los álcalis, y disminuída por las sales neutras. En consecuencia: si el calor y los álcalis no existen en determinadas proporciones, el estimulante no podrá ser absorbido rápidamente por las células, y los movimientos amiboideos estarán disminuidos ó no existirán. Una solución de bicarbonato de sosa al 5 por 100 es un álcali de uso conveniente, y es preciso agregarlo al agar en relación á la temperatura de la habitación en la que tiene lugar el examen.

***Escala para la adición de álcalis.***—Para producir excitación en quince minutos, debe tenerse en cuenta lo que sigue:

| Temperatura de la habitación ó de la cámara caliente. | Solución de bicarbonato de sosa al 5 por 100. |
|---|---|
| 15° á 20° c. | 0,3 c. c. |
| 20° á 30° c. | 0,2 c. c. |
| 30° á 40° c. | 0,1 c. c. |

La mezcla de agar y demás componentes debe hervirse en el momento de usarla, y se coloca una gota sobre un porta, extendiéndola. La capa debe ser completamente traslúcida.

*Hechos que se observan con la anterior preparación.*—Un cubre llevando una gota de sangre, ó mejor de sangre citratada, se invierte sobre la capa de agar, y la preparación se enfoca inmediatamente, dando la preferencia á un objetivo seco de gran potencia. Se ven las células moverse, y muchas dirigirse á la periferia del cubre. Gradualmente llegan al reposo, y entonces se tendrá una excelente disposición para el examen. Todas las células pueden estar completamente decoloradas; sin embargo, los leucocitos se distinguen rápidamente, merced á sus granulaciones y tamaño. Puede ser examinado un campo, aun cuando contenga muchos leucocitos y aun cuando estas células no estén completamente separadas de los eritrocitos. Puede observarse que cuando los leucocitos flotan en la superficie del agar, tienen casi invariablemente la forma de esfera y carecen de pseudópodos. Al cabo de un minuto empiezan los gránulos á enrojecer, y esta coloración aumenta progresivamente con el tiempo, hasta que, al cabo de cinco minutos, están completamente coloreados. Después de dos minutos de estar los leucocitos en quietud, pueden expulsar repentinamente pseudópodos. Los leucocitos aparecen cada vez más activos, hasta que muchos de ellos expulsan

y retraen tentáculos semejantes á pseudópodos, algunos de los cuales contienen gránulos, pero la mayoría están formados por citoplasma claro. Algunas veces entran en los pseudópodos que expulsan los leucocitos el total de sus gránulos coloreados y parte del núcleo. Si el porta ha sido cuidadosamente preparado, los pseudópodos pueden tener una longitud doble que los leucocitos é introducirse en los espacios que dejen los glóbulos rojos. Después de quince minutos, el contorno del núcleo de los leucocitos polinucleares aparece con un débil color azul.

Anteriormente hemos demostrado, en otra publicación, que cualquier intento para colorear el núcleo va seguido de muerte; que los pseudópodos se retraen rápidamente, recuperando el leucocito su forma esférica antes de morir. Cuando los tentáculos se retraen, aparece frecuentemente un cuello en el punto de la célula en que se manifiesta la expulsión, como si fueran á desprenderse. Sin embargo, si se observa bien el leucocito, se notará que la mayoría de los pseudópodos se retraen completamente, aunque algunos se separen asemejando plaquetas. La muerte ocurre al cabo de veinte minutos, y las células estallan ó abandonan su color casi inmediatamente después.

*Precauciones para obtener el máximum de estímulo.*—El éxito depende en gran parte de que la cantidad de álcalis que se agregase permita á las células absorber el estimulante sin que cause muy rápidamente la muerte. La cantidad de álcalis depende, no solamente de la temperatura, como puede verse por la escala, sino que también de la neutralidad de las soluciones que componen el agar, pues la expresión «neutra al papel de tornasol» es indefinida. La solución de citrato de sodio requiere especial atención, é igual que los otros componentes del agar, debe ser pura para que sea neutra. Pueden emplearse otros métodos, independientes del papel de tornasol, para comprobar la neutralidad; pero desde el momento que el agar indica si existe un exceso ó falta de álcalis, no son necesarios. Si el agar contiene exceso del álcalis, se colorean los gránulos rápidamente, los pseudópodos se expulsan y retraen, y los leucocitos estallan con rapidez. Si el núcleo se colorea de púrpura, y especialmente, si el núcleo de los linfocitos se colorea, es inútil decir que hay un exceso de álcalis; también otro signo es la aparición de manchas rojas, descritas en anteriores publicaciones. Si existe pequeña cantidad de álcalis, se colorearán los gránulos débilmente, y los pseudópodos asemejan pequeños brotes. Por último, los leucocitos viven una ó más horas, presentando escasos movimientos.

*El anterior procedimiento es suficiente para determinar la diferencia entre los leucocitos vivos y muertos.*—Lo precedente se ha

repetido un gran número de veces, y se ha observado que si el agar estaba bien preparado, la excitación ocurre invariablemente, en tanto que si esto no sucede, puede deducirse que hay algún error en la constitución de la gelatina ó en la temperatura.

*Acción del agar estimulante en los leucocitos muertos.*—Si una gota de sangre citratada, de fecha de cuatro días, ó una gota de sangre fresca citratada que se ha mezclado con nitro-benzol se coloca en una película como la ya descrita, los leucocitos permanecen inmóviles, y falta todo movimiento amiboideo. Este experimento puede controlarse colocando una gota de sangre fresca en otra parte del mismo agar, y fácilmente se puede apreciar la diferencia entre los leucocitos muertos con los vivos. También se ha observado que el núcleo de los leucocitos polinucleares muertos aparece frecuentemente como una simple masa conglomerada.

*Pruebas que demuestran que la ausencia de movimientos amiboideos en el agar estimulante es un signo de muerte.*—Con lo anteriormente dicho no se demuestra el hecho de que los leucocitos estén necesariamente muertos por no presentar movimientos amiboideos en el agar estimulante, aunque las células frescas sean estimuladas en otra parte del mismo agar. Sin embargo, las siguientes observaciones demuestran que los leucocitos están muertos si permanecen inmóviles; porque los lóbulos del núcleo de los leucocitos acidófilos y polinucleares inmóviles parecen estar vacíos, al mismo tiempo que conservan la forma de una masa nuclear; porque el núcleo de las células inmóviles se colorea frecuentemente de púrpura en el agar estimulante, lo que no puede ocurrir en las células vivas si la gelatina está bien preparada, pues en anterior publicación se ha dicho que el núcleo de las células muertas se colorea más rápidamente que el de las células vivas; y porque los gránulos de las células muertas, cuando no están muertas desde hace largo tiempo, pueden presentar movimientos brownianos que demuestran la licuefacción del protoplasma. Este punto ha sido confirmado comparando los resultados de un método alternativo de diferenciación entre las células vivas y las muertas, dependiente de la licuefacción de su citroplasma.

*Duración de la vida de los leucocitos de una persona sana cuando se les coloca fuera de la economía en su mismo plasma citratado.*—Si se incuba en una estufa, á 30° c., una serie de tubos que contienen un volumen de sangre, mezclado con otro igual de una solución compuesta de 3 por 100 de citrato de sodio y 1 por 100 de cloruro de sodio, y se examinan sus contenidos en agar estimulante, á intervalos determinados, y se cuentan los leucocitos en una serie de preparaciones, estableciendo un promedio de los leucocitos vivos y

ra cada tubo, tendremos: que á las veintidós horas todas estaban vivas; á las treinta, algunas habían muerto; á seis, próximamente un 50 por 100 morían; á las cua- la mayoría estaban muertas; á las setenta y dos, muy y á las ochenta y dos, todas habían muerto. Los ante- s se ejecutaron con precauciones asépticas, pues si ctan de bacterias, la vida de los leucocitos se acorta. echo de que este estimulante proporciona un medio a de los leucocitos, lo cual puede conducir á un im- en el diagnóstico de las enfermedades infecciosas, ir para producir una fagocitosis. Sin embargo, s en que se hacen estos experimentos, resulta- enenoso, por cuanto un c. c. de esta gelatina bre.

las presentando movimientos exagerados son a diferenciación entre las células vivas y y sencillo.

a de la naturaleza del excitante manifiesta parte más importante en él. Los movi- son la expulsión de largas espanciones r á bajas temperaturas, á menos que el a neutro, en cuyo caso la aparición de da y no es constante. Con agar alcali- a que todas las células presenten la

3370.